Medicina de Familia Andalucía

Editorial

63 Médicos de Familia en los centros de salud

El espacio del usuario

65 Vuelta a la atención presencial

Originales

- 67 Prevalencia y factores asociados al consumo de tabaco en estudiantes de medicina y enfermería, y en médicos residentes de medicina familiar y comunitaria: estudio multicéntrico
- 82 La COVID-19 desde Atención Primaria. Los centros de salud no cierran
- **92** Evaluación del deterioro funcional del adolescente con trastorno por déficit de atención e hiperactividad y su relación con la dinámica familiar

Repasando en AP

100 La entrevista clínica al adolescente en atención primaria

Artículo de Revisión

- 104 Los aspectos éticos de la notificación de eventos adversos y la gestión de los riesgos: más allá de la seguridad del paciente
- 117 Síndrome subacromial. Propuesta de manejo en atención primaria

Artículo especial

125 Elaboración de un procedimiento para la identificación inequívoca de pacientes en la consulta telefónica en el ámbito de la atención primaria

Cartas al director

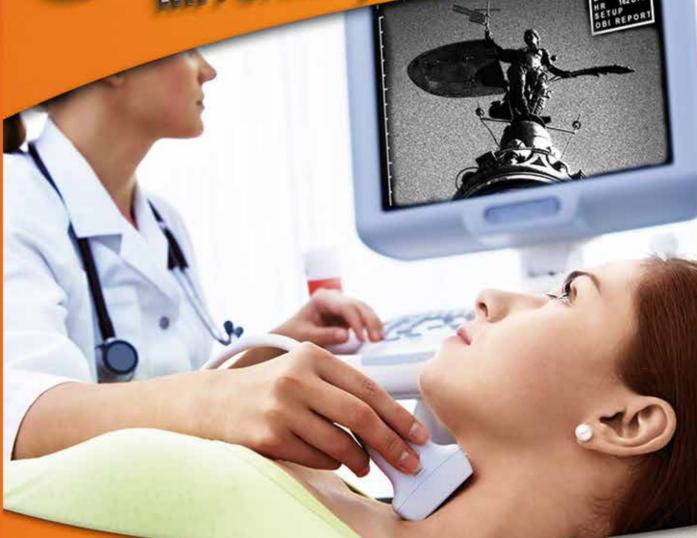
- 137 Diferencias entre residencias de ancianos en pacientes institucionalizados de una provincia andaluza
- 139 Lo esencial en el abordaje multidisciplinar del acoso escolar
- 142 Riesgo de suicidio en épocas de COVID-19, una mirada desde la atención primaria de Colombia
- 144 Publicaciones de interés / Micropíldora de conocimiento @pontealdiaAP
- 145 Actividades Científicas
- 146 Información para los autores y otros



ASJORNADAS ANDALUZAS DE ANDALUZAS DE ECOGRAFIA EN MF. SAMFyC

11 de noviembre

Hotel Meliá Lebreros



SEVILLA 2021

http://www.jornadasecografiasamfyc.com • info@jornadasecografiasamfyc.com







JUNTA DIRECTIVA DE LA SOCIEDAD ANDALUZA DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

PresidenteAlejandro Pérez Milena

Vicepresidente Pilar Terceño Raposo

Vicepresidente Jesús E. Pardo Álvarez

Vicepresidente Rocio E. Moreno Moreno

Secretaria Idoia Jiménez Pulido

Vicepresidente Económico Francisco José Guerrero García

Vocal de Docencia Pilar Bohórquez Colombos

Vocales de Residentes Asumpta Ruiz Aranda Ángela Biscarri Carbonero Vocal de Investigación Juan Manuel García Torrecillas

Vocal Jóvenes MF Irene Fernández Peralta

Vocal provincial de Almería: Rubén Luciano Vázquez Alarcón rubenvazquezalarcon@gmail.com Vocal provincial de Cádiz: Antonio Fernández Natera natera38@gmail.com Vocal provincial de Córdoba: Juan Manuel Parras Rejano juanprj@gmail.com Vocal provincial de Granada: Ignacio Merino de Haro merinoharo@hotmail.com Pablo García Sardón Vocal provincial de Huelva: pgsardon@gmail.com Francisco Tomás Pérez Durillo Vocal provincial de Jaén: ft perez@yahoo.com Vocal provincial de Málaga: Marta Álvarez de Cienfuegos Hernández martycienfuegos@hotmail.com Vocal provincial de Sevilla: Leonor Marín Pérez leonorjl04@yahoo.es

SOCIEDAD ANDALUZA DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

C/Arriola, 4, bj D – 18001 – Granada (España) Telf: 958 804201 – Fax: 958 80 42 02 e-mail: samfyc@samfyc.es http://www.samfyc.es

MEDICINA DE FAMILIA. ANDALUCÍA



Es una revista periódica que publica trabajos relacionados con la atención primaria, siendo la publicación oficial de la Sociedad Andaluza de Medicina Familiar y Comunitaria

DIRECTOR:

Antonio Manteca González

SUBDIRECTOR:

Francisco José Guerrero García

CONSEJO DE DIRECCIÓN:

Director de la Revista Subdirector de la Revista Presidente de la SAMFyC Juan Ortiz Espinosa Pablo García López

CONSEJO DE REDACCIÓN:

Francisco Extremera Montero Pablo García López Francisco José Guerrero García Francisca Leiva Fernández Antonio Manteca González

CONSEJO EDITORIAL:

Juan de Dios Alcantara Bellón. Sevilla Luis Ávila Lachica. Málaga Emilia Bailón Muñoz. Granada Vidal Barchilón Cohén. Cádiz Pilar Barroso García. Almería Rafael Castillo Castillo Jaén José Antonio Castro Gómez. Granada José Ma de la Higuera González. Sevilla Epifanio de Serdio Romero. Sevilla Francisco Javier Gallo Vallejo. Granada Pablo García López. Granada Juan Manuel García Torrecillas. Almería José Antonio Jiménez Molina. Granada José Lapetra Peralta. Sevilla Francisca Leiva Fernández. Málaga José Gerardo López Castillo. Granada Luis Andrés López Fernández. Granada Fernando López Verde. Málaga Manuel Lubián López. Cádiz Joaquín Maeso Villafaña. Granada Rafael Montoro Ruiz. Granada Ana Moran Rodríguez. Cádiz Guillermo Moratalla Rodríguez. Cádiz Herminia Ma. Moreno Martos. Almería Carolina Morcillo Rodenas. Granada Francisca Muñoz Cobos. Málaga Juan Ortiz Espinosa. Granada

Beatriz Pascual de la Pisa. Sevilla
Alejandro Pérez Milena. Jaén
Luis Ángel Perula de Torres. Córdoba
Miguel Ángel Prados Quel. Granada
J. Daniel Prados Torres. Málaga
Roger Ruiz Moral. Córdoba
Francisco Sánchez Legrán. Sevilla
José Luis Sánchez Ramos. Huelva
Miguel Ángel Santos Guerra. Málaga
José Manuel Santos Lozano. Sevilla
Reyes Sanz Amores. Sevilla
Pedro Schwartz Calero. Huelva
Jesús Torío Durantez. Jaén
Juan Tormo Molina. Granada
Cristobal Trillo Fernández. Málaga

REPRESENTANTES INTERNACIONALES:

Manuel Bobenrieth Astete. Chile Cesar Brandt. Venezuela Javier Domínguez del Olmo. México Irma Guajardo Fernández. Chile José Manuel Mendes Nunes. Portugal Rubén Roa. Argentina Víctor M. Sánchez Prado. México Sergio Solmesky. Argentina José de Ustarán. Argentina

Medicina de Familia. Andalucía

Incluida en el Índice Médico Español Incluida en el Latindex

Título clave: Med fam Andal.

Para Correspondencia

Dirigirse a:

Revista Medicina de Familia. Andalucía C/Arriola, 4 Bajo D – 18001 Granada (España)

Disponible en formato electrónico en la web de la SAMFyC:

http://samfyc.es/publicaciones-samfyc/revista-samfyc/ E-mail: revista@samfyc.es

Secretaría

A cargo de Encarnación Figueredo C/Arriola, 4 Bajo D – 18001 Granada (España) Telf. +34 958 80 42 01 Fax +34 958 80 42 02 ISSN-e: 2173-5573 ISSN: 1576-4524

Depósito Legal: Gr-368-2000 Copyright: Revista Medicina de Familia. Andalucía

Fundación SAMFyC C.I.F.: G – 18449413

Reservados todos los derechos. Se prohíbe la reproducción total o parcial por ningún medio, electrónico o mecánico, incluyendo fotocopias, grabaciones o cualquier otro sistema, de los artículos aparecidos en este número sin la autorización expresa por escrito del titular del copyright. Esta publicación utilizará siempre materiales ecológicos en su confección, con papeles libres de cloro con un mínimo de pulpa de tala de arboles de explotaciones madereras sostenibles y controladas: tintas, barnices, películas y plastificados totalmente biodegradables.

Maqueta: Antonio J. García Cruz

Imprime: Impresión La Ideal

Printed in Spain

MEDICINA DE FAMILIA. ANDALUCÍA



Publicación Oficial de la Sociedad Andaluza de Medicina Familiar y Comunitaria

Med fam Andal Vol.22, No.2, mayo-agosto 2021

sumario

Editorial

63 Médicos de Familia en los centros de salud

El espacio del usuario

65 Vuelta a la atención presencial

Originales

- 67 Prevalencia y factores asociados al consumo de tabaco en estudiantes de medicina y enfermería, y en médicos residentes de medicina familiar y comunitaria: estudio multicéntrico
- 82 La COVID-19 desde Atención Primaria. Los centros de salud no cierran
- **92** Evaluación del deterioro funcional del adolescente con trastorno por déficit de atención e hiperactividad y su relación con la dinámica familiar

Repasando en AP

100 La entrevista clínica al adolescente en atención primaria

Artículo de Revisión

- 104 Los aspectos éticos de la notificación de eventos adversos y la gestión de los riesgos: más allá de la seguridad del paciente
- 117 Síndrome subacromial. Propuesta de manejo en atención primaria

Artículo especial

125 Elaboración de un procedimiento para la identificación inequívoca de pacientes en la consulta telefónica en el ámbito de la atención primaria

Cartas al director

- 137 Diferencias entre residencias de ancianos en pacientes institucionalizados de una provincia andaluza
- 139 Lo esencial en el abordaje multidisciplinar del acoso escolar
- 142 Riesgo de suicidio en épocas de COVID-19, una mirada desde la atención primaria de Colombia
- 144 Publicaciones de interés / Micropíldora de conocimiento @pontealdiaAP
- 145 Actividades Científicas
- 146 Información para los autores y otros

MEDICINA DE FAMILIA. ANDALUCÍA



Official Publication of the Andalusian Society of Family and Community Medicine

Med fam Andal Vol.22, N°.2, May-August 2021

contents

Editorial

63 Family Doctors in the Primary Care Centres

The Consumer's Corner

65 Return to Face-to-Face Care

Original Articles

- 67 Prevalence and Factors Associated with Tobacco Use Among Medical and Nursing Students, and Family Medicine Residents: A Multicenter Study
- 82 The Role of Primary Care in the COVID-19 Response. Primary Care Does Not Close
- 92 Assessment of Functional Impairment in Adolescents with Attention Deficit Hyperactivity Disorder and its Relationship to Family Dynamics

Reviewing in Primary Care

100 The Clinical Interview of Adolescent Patients in the Context of Primary Care

Review Article

- 104 Ethical Considerations in the Reporting of Adverse Events and Risk Management: Beyond Patient Safety
- 117 Subacromial Impingement Syndrome: A Treatment Approach in Primary Care

Special Article

125 Establishing a Procedure for the Correct Identification of Patients in Telephone Consultations within Primary Care

Letters to the Editor

- 137 Differences Among Care Homes for the Elderly in Institutionalised Patients from an Andalusian Province
- 139 Key Factors in the Multidisciplinary Approach to School Bullying
- 142 Risk of Suicide in Times of COVID-19: A Colombia's Primary Care Perspective
- 144 Publications of Interest / Knowledge pills @pontealdiaAP
- 145 Scientific Activities
- 146 Information for Authors and Others

EDITORIAI

Médicos de Familia en los centros de salud

Pérez Milena A

Presidente SAMFyC

Aún conservo el recorte de periódico con la noticia de la manifestación del año 1995 en Sevilla, a la que acudí junto con muchos de mis compañeros residentes de toda Andalucía en defensa de nuestra especialidad. Ese año era la fecha límite de aplicación de la normativa europea que establecía como obligatoria una formación de 2-3 años tras la licenciatura para poder ejercer la medicina general. Desde algunos sectores se pensó que bastaba prolongar la carrera universitaria con dos años más de prácticas tutelada, suficiente para que un "médico de ambulatorio" pudiera 'pasar una consulta" de hora y media con más de cien pacientes citados. Todo un despropósito que, evidentemente, no tuvo recorrido frente a una especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria con un cuerpo doctrinal propio y un reconocido aval de formación de residentes que se aproxima al medio siglo. En esa manifestación me recuerdo con bata, fonendo y altavoz, coreando con el resto de asistentes varios eslóganes, entre ellos el que encabeza esta editorial: "Médicos de Familia en los Centros de Salud".

Han pasado 26 años. Tras una primera gran crisis económica y después de otra sanitaria y social, la Medicina de Familia sigue mostrando su utilidad a la población con una atención accesible, cercana y continua. Ha sido el ámbito asistencial que más recortes presupuestarios ha recibido, pero también el nivel asistencial que no ha dejado de atender a la población ni un día durante la pandemia por COVID-19. Con escasos recursos humanos y materiales, con una carga de trabajo extrema en muchos momentos y corriendo riesgo la salud física y mental de todos los profesionales de la Medicina de Familia y del resto de profesionales de Atención Primaria.

Desde la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (1) nos resumen los datos de actividad asistencial realizada durante el pasado año. A nivel nacional, cada médico/a de familia ha valorado una media de hasta 140 consultas telefónicas por semana, con 14 citas presenciales para pacientes sospechosos de COVID-19 y 30 llamadas telefónicas de seguimiento en esos 7 días, manteniendo la atención domiciliaria. En Andalucía se han incrementado un 36% las citas en Atención Primaria comparando los años 2021 y 2019. Estas cifras hablan de un arduo y difícil trabajo, pero, al mismo tiempo, casi invisible para las administraciones públicas y medios de comunicación, empeñados en una visión única hospitalocentrista como respuesta a la pandemia.

Desde la Consejería de Salud y Familias se anuncia el impulso a la nueva Estrategia de Atención Primaria (2), que incluye puntos para mejorar la accesibilidad, gestionar la demanda, orientar la atención a la cronicidad, mejorar los cuidados paliativos y aumentar la capacidad diagnóstica. Todo ello actualizando el modelo previsto en el Plan Estratégico 2020-2022, que no pudo ejecutarse debido a la pandemia. Muchos de esos puntos han sido abordados en diferentes documentos SAMFyC, desde la jornada de trabajo de Antequera en 2019 hasta los documentos sobre la atención durante la pandemia. Todos ellos han sido presentados al Servicio Andaluz de Salud y, desde la última reunión con la Dirección Gerencia del SAS en septiembre de 2020 y la Dirección General de Asistencia Sanitaria en marzo de 2021, seguimos atentos a la posibilidad real de una colaboración más activa por parte de nuestra sociedad científica, la más numerosa de toda Andalucía, a esta estrategia para la Atención Primaria de Salud.

No solo sería necesario un mayor diálogo con los profesionales, sino que me remito de nuevo al título del editorial: Médicos de Familia en los Centros de Salud. La jubilación afectará a casi la mitad de la plantilla del SAS en una década, siendo los médicos/as de familia uno de los colectivos más afectados. El propio Plan de Ordenación de los Recursos Humanos del SAS estima que el 41% de los profesionales estarán retirados en 2030, por lo que la sostenibilidad del Sistema Sanitario Público Andaluz se ve seriamente comprometida con este grave problema estructural. Por otra parte, el número de médicos internos residentes que se forman es insuficiente, con un tímido y tardío incremento de las plazas MIR de MFyC en nuestra comunidad. Y sin mejoras en las condiciones laborales y la equiparación del sueldo con el resto de España, seguirán emigrando fuera más del 40% de los jóvenes médicos de familia en busca de mejores oportunidades. Si hay que cumplir nuevos planes y estrategias necesitamos, primero y ante todo, más Médicos de Familia en los Centros de Salud.

BIBLIOGRAFÍA

- Tranche S, Martín R, Párraga I y Grupo colaborativo de la Junta Permanente y Directiva de la semFYC. El reto de la pandemia de la COVID-19 para la Atención Primaria. Rev clin med fam. 2021; 14:85-92.
- Salud y Familias impulsa la nueva Estrategia de Atención Primaria en Andalucía. Noticias del Servicio Andaluz de Salud, Consejería de Salud y Familias, Junta de Andalucía; URL: https://www.juntadeandalucia.es/ presidencia/portavoz/salud/164079/ConsejeriadeSaludyFamilias/JesusAguirre/atencionprimaria/estrategia

EL ESPACIO DEL USUARIO

Vuelta a la atención presencial

Yesa Herrera J

Miembro de la Junta Directiva de FACUA Andalucía y Secretario General de FACUA Cádiz

Atendiendo a la evolución positiva que, en las semanas anteriores a la redacción de este artículo, ha experimentado la contención de la propagación del COVID19, distintas voces, y desde distintos ámbitos, se han pronunciado sobre la conveniencia de retomar la atención presencial en las consultas de medicina de familia.

La experiencia desde que en marzo del pasado año se hiciera necesaria la reducción de la atención presencial a casos puntuales e imprescindibles, unida al innegable desarrollo de otras formas de comunicación (el contacto telefónico, utilizado actualmente, al que, en un futuro inmediato, pudiera unirse el formato de videoconferencia) me lleva a reflexionar sobre la oportunidad, una vez que la pandemia pueda considerarse controlada, de retomar la consulta personal con el médico de familia como vía principal y preferente para la asistencia por el médico de familia.

Con carácter previo a dicho análisis, considero imprescindible señalar que los usuarios hemos aceptado pacientemente la privación de la atención presencial, siendo especialmente destacable la adaptación a la atención telefónica de las personas de mayor edad. Considero que esto debe ser interpretado como un acto de resignación ante los imperativos derivados de las medidas contra la pandemia sin que pueda caerse en la tentación de considerar que se encuentran satisfechos con ello o que no reclaman el retorno lo antes posibles a las consultas presenciales. A diario, en los centros de salud, puede comprobarse que muchos usuarios "exigen" que "su médico" médico le atienda presencialmente.

No permaneceré ajeno a lo tentador que puede resultar para los responsables políticos mantener la situación actualmente existente, en tanto y cuanto es innegable que les facilita esconder la falta de medios, materiales pero sobre todo humanos, disponibles en el ámbito de la atención primaria. Probablemente, éste puede ser el primer argumento en contra de una perpetuación o prolongación innecesaria de la situación actual.

Seguidamente, me pregunto si existen estudios lo suficientemente avalados y contrastados que nos garanticen que la emisión de diagnósticos y la prescripción de tratamientos sin que el profesional vea y explore de forma presencial a los pacientes no ponen en riesgo el estado de salud de la población. Si no existen tales avales, éste sería por si sólo un argumento más que suficiente para retomar lo antes la vuelta a la normalidad.

También debemos tener en cuenta las enormes diferencias en el grado de formación de los usuarios, que no permite que podamos asegurar que, con carácter general, se encuentren capacitados para exponer con claridad los problemas de salud que le aquejan y por los que ha requerido la atención, superando la barrera que supone la frialdad de un contacto meramente telefónico.

No debemos olvidar, tal y como he señalado anteriormente, que la situación actual ha sido una imposición de la pandemia que no ha permitido que, siquiera de forma somera, pudiera impartirse previamente a los usuarios unas mínimas recomendaciones a la hora de ser atendidos telefónicamente.

Los centros de atención primaria deben ser, sobre todo, centros de salud, vinculados a la mejora del estado de salud comunitario. El aislamiento físico de cualquier centro sanitario es negativo, pero, en el caso de los centros de atención primaria, les impide imbricarse en la comunidad y, con ello, desempeñar el papel de motor de la mejora de la salud comunitaria para el que deberían estar destinados.

Finalmente, la privación de la posibilidad de recibir una atención presencial por parte del médico de familia en un contexto en el que se sufren esperas incluso de semanas para ser atendidos añade un ápice más al deterioro de la calidad de la atención que recibimos los usuarios.

¿Debemos renunciar a las posibilidades que nos brindan las nuevas tecnologías de la comunicación para el contacto y tratamiento de los usuarios? De ninguna manera. Son muchas las mejoras que las nuevas tecnologías pueden aportar a la relación directa entre médico de familia y usuario. Pero si convertirnos la opción en obligación, sin tener en cuenta las necesidades y situaciones reales de la población, transformaremos la ventaja en un obstáculo.

ORIGINAL

Prevalencia y factores asociados al consumo de tabaco en estudiantes de medicina y enfermería, y en médicos residentes de medicina familiar y comunitaria: estudio multicéntrico

Romero-Rodríguez E^{1,2,3}, Pérula de Torres LA^{1,2,3,4}, Ranchal-Sánchez A^{1,5}, Jiménez García C^{1,4}, Olaya Caro I^{1,4}, Palenzuela Paniagua S^{6,7}, Ruiz Moral R^{1,8}

¹Instituto Maimónides de Investigación Biomédica de Córdoba (IMIBIC)/Hospital Universitario Reina Sofía/Universidad de Córdoba, Córdoba, España

²Unidad Docente Multiprofesional de Atención Familiar y Comunitaria de Córdoba, Córdoba, España

³Grupo de Evaluación y mejora del Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud (PAPPS), de la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (semFYC)

⁴Distrito Sanitario Córdoba y Guadalquivir, Córdoba, España

⁵Universidad de Córdoba, España

⁶Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria de Ceuta, Ceuta, España

⁷Grupo de Adolescente de la Sociedad Andaluza de Medicina Familia y Comunitaria (SAMFyC)

⁸Universidad Francisco de Vitoria, Madrid, España

CORRESPONDENCIA

Luis Ángel Pérula De Torres E-mail: langel.perula.sspa@juntadeandalucia.es

Recibido el 08-10-2020; aceptado para publicación el 07-07-2021 Med fam Andal. 2021; 2: 67-81

PALABRAS CLAVE

Consumo de tabaco; epidemiología; formación postgrado; estudiantes de grado; prevención.

RESUMEN

Título: prevalencia y factores asociados al consumo de tabaco en estudiantes de medicina y enfermería, y en médicos residentes de medicina familiar y comunitaria: estudio multicéntrico.

Objetivo: estimar la prevalencia de tabaquismo y los factores asociados a su consumo en los estudiantes de Medicina y Enfermería y los residentes de Medicina Familiar y Comunitaria (MFyC).

Diseño: estudio observacional descriptivo, transversal.

Emplazamiento: facultades de Medicina y Enfermería de las Universidades de Córdoba y Francisco de Vitoria (Madrid), y Unidades Docentes de MFyC de Córdoba y Ceuta.

Población: residentes de MFyC y estudiantes de Medicina y Enfermería.

Intervenciones: cuestionario autoadministrado.

Resultados: respondieron el cuestionario 740 sujetos, de los cuales, el 74,1% (IC 95%: 70,9-77,2) eran mujeres. La edad media de los sujetos fue 22,10 años (DT: 4,54; IC 95%: 21,77-22,43). La prevalencia de tabaquismo fue del 12,2% (IC 95%: 9,8-14,5), 11,5% (IC 95%: 7,0-16,0) en los hombres y 12,4% (IC 95%: 9,6-15,2) en las mujeres. El 6,9% (IC 95%: 5,1-8,7) de los participantes indicó ser fumador y haber intentado dejar de fumar. El consumo de tabaco se relacionó con la ingesta de alcohol (p=0,007) y menor exposición solar (p=0,005).

Conclusiones: la prevalencia de tabaquismo entre los estudiantes y residentes en formación en Ciencias de la Salud es inferior a la hallada en la población española y, a su vez, a la identificada en estudios europeos. El consumo de tabaco de los estudiantes de Medicina y Enfermería y residentes de MFyC se relaciona con la ingesta de alcohol y menor exposición solar prolongada.

KEYWORDS

Tobacco use; Epidemiology; Postgraduate training; Degree students; Prevention.

ABSTRACT

Title: Prevalence and Factors Associated with Tobacco Use among Medical and Nursing Students, and Family Medicine Residents: A Multicenter Study.

Aim: To estimate the prevalence of tobacco smoking and the factors associated with the consumption of tobacco among medical and nursing students, and Family and Community Medicine (MFyC for its Spanish acronym) residents.

Design: An observational, descriptive, cross-sectional study.

Setting: The Medical School and the School of Nursing from the University of Cordoba, Francisco de Vitoria University (Madrid), and MFyC Teaching Units from Cordoba and Ceuta.

Population: MFyC residents, and medical and nursing students.

Intervention: A self-administered questionnaire.

Results: A total of 740 subjects answered the question-naire. Out of these, 74.1% (95% CI: 70.9-77.2) were women. The mean age was 22.10 (SD: 4.54; 95% CI: 21.77-22.43) years. The prevalence of tobacco smoking was 12.2% (95% CI: 9.8-14.5), 11.5% (95% CI: 7.0-16.0) in men, and 12.4% (95% CI: 9.6-15.2) in women. A total of 6.9% (95% CI: 5.1-8.7) of participants reported that they were smokers and had tried to quit smoking. Tobacco smoking was significantly associated with alcohol intake (p=0.007) and with reduced sun exposure (p=0.005).

Conclusions: The prevalence of tobacco smoking among medical and nursing students and MFyC residents is lower than that found in the Spanish population. It is also lower than the prevalence identified in European studies. Tobacco smoking among medical and nursing students and MFyC residents is associated with alcohol intake and reduced sun exposure.

INTRODUCCIÓN

El tabaco es la segunda sustancia psicoactiva más consumida en España, después del alcohol (1). Según la última Encuesta sobre alcohol y otras drogas en España (EDADES) realizada en 2017, la prevalencia de consumo de tabaco alguna vez en la vida en la población española con edad comprendida entre 15 y los 64 años es de 69,7%, y el consumo medio diario es de 12,5 cigarrillos/día, dato similar a las cifras obtenidas en los años 2013 y 2015 (2). La prevalencia de consumo diario de tabaco en jóvenes con edades entre 15 y 24 años es del 15,1% en mujeres y 20,0% en hombres, cifras inferiores a las detectadas en la población con edades comprendidas entre los 25-34 años (32,9% en hombres y 24,3% en mujeres), de acuerdo a la última Encuesta Nacional de Salud de España (ENSE) (3).

En el año 2010 se introdujo la Ley 42/2010 de medidas sanitarias frente al tabaquismo y la regulación de la venta, el suministro, el consumo y la publicidad de los productos del tabaco (4). Estudios posteriores han analizado el consumo de tabaco de la población de 15 a 24 años publicado en la ENSE (3) en el año 2011 y el consumo del mismo identificado en la Encuesta Europea de Salud en España (EESE) (5) en 2014, e incluso se ha evaluado el impacto que dicha Ley antitabaco ha presentado en la población española, mostrando un descenso del consumo de tabaco diario del 23,7% al 19,3% (6), si bien se ha observado un incremento de la prevalencia de este en los últimos años (2). De hecho, la V Encuesta de Salud en Andalucía indica que fuman a diario un 27,4% de los jóvenes para el tramo de edad de 18 a 24 (7).

Debido a la introducción de nuevas medidas para el control del tabaquismo (4) y a la necesidad de estudiar su evolución temporal en la sociedad (8), diversas investigaciones han abordado el consumo en distintos grupos poblaciones, entre ellos, la población sanitaria. Recientemente se han desarrollado estudios en diversos puntos de la geografía española para analizar el tabaquismo en médicos especialistas y médicos internos residentes (MIR), los cuales han recibido formación después de la instauración de las leyes antitabaco (9,10).

El abordaje de los hábitos de salud de los sanitarios y estudiantes en formación ha adquirido especial relevancia en los últimos años, ya que los

propios del profesional sanitario pueden influir en la actitud del paciente para realizar cambios en su estilo de vida (11). Respecto al hábito tabáquico, se ha observado que los profesionales fumadores son menos proclives a iniciar intervenciones para evitar o reducir el consumo de tabaco de sus pacientes (12).

A nivel de Atención Primaria, no existen estudios que comparen el consumo de tabaco en residentes de Medicina de Familia (MFyC) de diferentes regiones, o que cuantifiquen el consumo de tabaco actual de los estudiantes de Medicina o Enfermería, a pesar del papel que desempeñaran los futuros sanitarios en la prevención de estilos de vida no saludables y la relevancia de los consejos impartidos por éstos (13). Dado que las características socio-demográficas y conductuales de los estudiantes y residentes en formación en el ámbito sanitario difieren de las que presentan los profesionales sanitarios (14), se consideró oportuno estimar la prevalencia del consumo de tabaco y evaluar los factores asociados en este grupo de población.

METODOLOGÍA

Se trata de un estudio observacional, descriptivo, transversal, multicéntrico. La población de estudio estuvo constituida por MIR de MFyC de la Unidad Docente de Córdoba y Ceuta, por estudiantes de Medicina y de Enfermería de la Facultad de Medicina y Enfermería de la Universidad de Córdoba, y de la Facultad de Medicina de la Universidad Francisco de Vitoria, de Madrid (Figura 1). Los sujetos debían de otorgar su consentimiento informado para participar en el estudio. El trabajo de campo se realizó entre enero y abril de 2017. El estudio fue aprobado por el Comité de Ética e Investigación clínica del Hospital Reina Sofía (Córdoba).

La población fue reclutada mediante dos procedimientos:

1. Envío de correo electrónico a los MIR de MFyC de las Unidades Docentes de Córdoba y Ceuta.

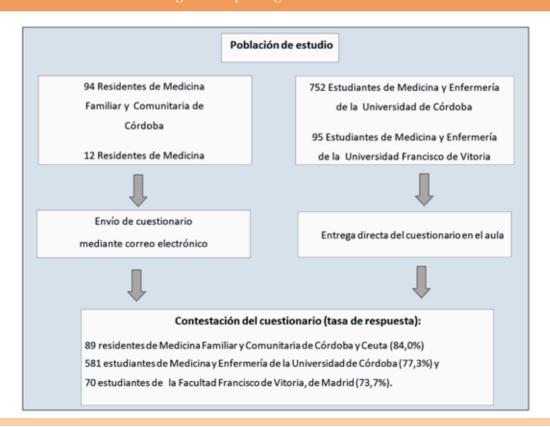


Figura 1. Esquema general del estudio

 Proporcionando el cuestionario a los estudiantes de la Facultades de Medicina y Enfermería de Córdoba y de Medicina Francisco de Vitoria de Madrid en clases presenciales en los que los investigadores eran los profesores.

Para una prevalencia de tabaquismo esperada del 50% (situación más desfavorable o de máxima indeterminación), un error alfa del 5% y una precisión del 5%; se estimó que sería necesario reclutar al menos a 377 personas para el estudio.

Los datos referentes al consumo de tabaco se obtuvieron a partir de un cuestionario diseñado para ser autocumplimentado de manera voluntaria (Anexo 1), en el que se incluían además los hábitos de salud contemplados en el Código Europeo contra el Cáncer (CECC) (15). Dicho cuestionario fue creado por profesionales de la Unidad Docente de MFyC de Córdoba, en colaboración con miembros del Grupo de evaluación y del Grupo de educación sanitaria del PAPPS-semFYC (16). El cuestionario fue sometido a un proceso de validez de consenso, validez aparente-lógica y de contenido. Las variables independientes recogidas en el cuestio-

nario fueron: sociodemográficas (edad y sexo), académicas (perfil académico, curso y centro de enseñanza, y tipo de formación), y los hábitos de salud contemplados en el CECC como factores de riesgo de padecer cáncer (obesidad, consumo de alcohol, actividad física, dieta, y protección solar); y como variable dependiente o medición principal del estudio, el consumo de tabaco.

Plan estadístico

Se realizó un análisis descriptivo de las variables del estudio y se calcularon los intervalos de confianza del 95% (IC 95%) para los principales estimadores. Se llevó a cabo un análisis bivariado, aplicando la prueba de la Ji-cuadrado, para comprobar la relación existente entre las variables sociodemográficas, académicas y factores de riesgo de padecer cáncer, y el consumo tabaco (contrastes bilaterales; p<0,05). Finalmente se realizó un análisis de regresión logística binario, tomando en consideración como variable dependiente el consumo de tabaco (Sí/No), y como variables independientes el sexo, la edad, el perfil académico del encuestado, el lugar de formación y los hábitos

Tabla 1. Características sociodemográficas y académicas de la muestra de estudio, en función de la variable edad (n=740)

Características sociodemográficas y ocupacionales		Edad (años)					
		17-20 n (%)	21-24 n (%)	Mayor o igual a 25 n (%)	Subtotal (n)	р	
Sexo	Hombre Mujer	70 (36,5) 228 (41,6)	80 (41,7) 256 (46,7)	42 (21,8) 64 (11,7)	192 548	0,002	
Perfil académico	Estudiante de Enfermería Estudiante de Medicina Médico Interno Residente	152 (44,6) 146 (47,1) 0 (0,0)	157 (46,0) 151 (48,7) 28 (31,5)	32 (9,4) 13 (4,2) 61 (68,5)	341 310 89	<0,001	
Lugar de formación	Facultad de Medicina Francisco de Vitoria Facultad de Medicina y Enfermería de Córdoba Unidad Docente de MFyC de Ceuta Unidad Docente de MFyC de Córdoba	0 (0,0) 298 (51,6) 0 (0,0) 0 (0,0)	68 (97,1) 240 (41,5) 4 (33,3) 24 (30,0)	2 (2,9) 40 (6,9) 8 (66,7) 56 (70,0)	70 578 12 80	<0,001	
Tipo de formación	Grado Postgrado	298 (46,0) 0 (0,0)	308 (47,5) 28 (30,4)	42 (6,5) 64 (69,6)	648 92	<0,001	

MFyC= Medicina Familiar y Comunitaria

^{*}Los valores de p fueron obtenidos mediante la prueba de la Ji-cuadrado

de salud contemplados en el CECC como factores de riesgo de padecer cáncer. Las variables fueron seleccionadas en el modelo de regresión logística binaria mediante el método de introducción manual (método enter), quitando del modelo máximo aquellas variables cuyo valor de p era <0.05 con el test de Wald. La bondad de ajuste se comprobó con el test de Hosmer-Lemeshow. El análisis estadístico se realizó con el programa IBM SPSS Statistics v.27.

RESULTADOS

Cumplimentaron el cuestionario 740 sujetos, de los cuales, el 74,1% eran mujeres (IC 95%:70,9-77,2). La edad de los participantes osciló entre los 18 y 52 años (media: 22,10 años; DT: 4,54; IC 95%: 22,37-23,03). El 46,1% (IC 95%: 42,5-49,7) de los encuestados eran estudiantes de Enfermería, 41,9% (IC 95%: 38,3-45,3) estudiantes de Medicina, y 12,0% (IC 95%: 9,7-14,4) médicos residentes de MFyC. La Tabla 1 muestra las principales características sociodemográficas y

académicas de los encuestados en función de la edad, observándose diferencias significativas en relación al sexo (p=0,002), al perfil académico (p<0,001), el lugar de formación (p<0,001), y el tipo de formación de los participantes (p<0,001).

La tasa global de respuesta del estudio fue del 78,8%. Según el perfil de formación de los participantes, la respuesta fue del 93,4% en estudiantes de enfermería, del 58,7% en estudiantes de medicina de la Facultad de Córdoba, del 73,7% de la Facultad Francisco de Vitoria, y del 84,0% en médicos residentes.

La prevalencia de tabaquismo en la población encuestada fue del 12,2% (IC 95%:9,8-14,5), siendo del 11,5% (IC 95%:7,0-16,0) en los hombres y del 12,4% (IC 95%:9,6-15,2) en las mujeres. El 6,9% (IC 95%: 5,1-8,7) de los fumadores indicó haber intentado dejar de fumar y el 5,3% (IC 95%: 3,7-6,9) refirió no haberlo intentado.

La Tabla 2 muestra el consumo de tabaco de los participantes, en función de las variables sociode-

Tabla 2. Consumo de tabaco de los residentes de Medicina Familiar y Comunitaria y estudiantes de Enfermería y Medicina

Variables socio-demográficas y ocupacionales		Consumo de tabaco						
		No fumador n (%)	Exfumador n (%)	Fumador (ha intentado dejar de fumar) n (%)	Fumador (no ha intentado dejar de fumar) n (%)	Subtotal (n)	р	
Edad (años)	17-20 21-24 Mayor o igual a 25	244 (81,9) 281 (83,6) 78 (73,6)	17 (5,7) 15 (4,5) 15 (14,2)	21 (7,0) 22 (6,5) 8 (7,5)	16 (5,4) 18 (5,4) 5 (4,7)	298 336 106	0,036	
Sexo	Hombre Mujer	156 (81,3) 447 (81,6)	14 (7,3) 33 (6,0)	11 (5,7) 40 (7,3)	11 (5,7) 28 (5,1)	192 548	0,807	
Perfil académico	Estudiante de Enfermería Estudiante de Medicina Médico Interno Residente	273 (80,1) 260 (83,9) 70 (78,7)	17 (5,0) 22 (7,1) 8 (9,0)	29 (8,5) 14 (4,5) 8 (9,0)	22 (6,5) 14 (4,5) 3 (3,4)	341 310 89	0,181	
Lugar de formación	Facultad de Medicina Francisco de Vitoria Facultad de Medicina y Enfermería de Córdoba Unidad Docente de MFyC de Ceuta Unidad Docente de MFyC de Córdoba	59 (84,3) 471 (81,5) 6 (50,0) 67 (83,8)	4 (5,7) 35 (6,1) 2 (16,7) 6 (7,5)	6 (8,6) 37 (6,4) 4 (33,3) 4 (5,0)	1 (1,4) 35 (6,1) 0 (0,0) 3 (3,8)	70 578 12 80	0,015	
Tipo de formación	Grado Postgrado	530 (81,8) 73 (79,3)	39 (6,0) 8 (8,7)	43 (6,6) 8 (8,7)	36 (5,6) 3 (3,3)	648 92	0,518	

MFyC= Medicina Familiar y Comunitaria

^{*}Los valores de p fueron obtenidos mediante la prueba de la Ji-cuadrado

mográficas y académicas. Se observan diferencias significativas de consumo de tabaco en relación a la edad (p=0,036; mayor porcentaje de fumadores en la población entre 17-20 años) y al lugar de formación de los participantes (p=0,015; mayor porcentaje de fumadores en la Unidad Docente de MFyC de Ceuta).

La Tabla 3 presenta los hábitos de salud asociados al consumo de tabaco de los participantes; se obtuvieron diferencias significativas respecto al consumo de alcohol (p=0,003), el uso de protectores solares (p=0,032), así como evitar la exposición solar prolongada (p=0,002).

En la tabla 4 se exponen los resultados del análisis de regresión logística. Si bien no se observa significación estadística en relación a la edad, sexo, lugar, curso, perfil académico, peso actual, actividad física, ingesta de verduras/hortalizas, ingesta de fruta, ingesta de carne roja y uso de protectores solares, sí se aprecia relación entre el consumo de tabaco y la ingesta de alcohol (p=0,007) y evitar la exposición solar prolongada (p=0,005).

Tabla 3. Relación entre los hábitos de salud y el consumo de tabaco en los residentes de Medicina Familiar y Comunitaria y estudiantes de Enfermería y Medicina

	Hábitos de salud			Consumo de	tabaco		
		No fumador n (%)	Exfuma- dor n (%)	Fumador (ha intentado dejar de fumar) n (%)	Fumador (no ha intentado dejar de fumar) n (%)	Sub- total (n)	р
Peso actual	Peso normal	510 (82,1)	37 (6,0)	40 (6,4)	34 (5,5)	621	0,666
	Sobrepeso	61 (78,2)	6 (7,7)	7 (9,0)	4 (5,1)	78	0,000
	Obesidad	10 (83,3)	1 (8,3)	0 (0,0)	1(8,3)	12	
	NS/NC	22 (57,9)	3 (10,3)	4 (13,8)	0 (0,0)	29	
Actividad física	Regularmente (todos/casi todos los días)	99 (82,4)	13 (10,8)	4 (3,3)	4 (3,3)	120	0,337
	2-3 veces/semana	208 (82,2)	15 (5,9)	18 (7,1)	12 (4,7)	253	
	De vez en cuando	221 (80,1)	16 (5,8)	21 (7,6)	18 (6,5)	276	
	Nunca	75 (82,4)	3 (3,3)	8 (8,8)	5 (5,5)	91	
Ingesta de verduras/	Regularmente (todos/casi todos los días)	322 (80,3)	27 (6,7)	30 (7,5)	22 (5,5)	401	0,358
hortalizas	2-3 veces/semana	214 (84,3)	15 (5,9)	12 (4,7)	13 (5,1)	254	
	De vez en cuando	58 (78,4)	3 (4,1)	9 (12,2)	4 (5,4)	74	
	Nunca	9 (81,8)	2 (8,2)	0 (0)	0 (0,0)	11	
Ingesta de frutas	Regularmente (todos/casi todos los días)	367 (83,6)	31 (7,1)	22 (5,0)	19 (4,3)	439	0,214
	2-3 veces/semana	127 (78,9)	8 (5,0)	14 (8,7)	12 (7,5)	161	
	De vez en cuando	95 (77,9)	6 (4,9)	13 (10,7)	8 (6,6)	122	
	Nunca	14 (77,8)	2 (11,1)	2 (11,1)	0 (0,0)	18	
Ingesta de carne roja	Regularmente (todos/casi todos los días)	149 (84,2)	12 (6,8)	9 (5,1)	7 (4,0)	177	0,699
	2-3 veces/semana	342 (81,4)	27 (6,4)	29 (6,9)	22 (5,2)	420	
	De vez en cuando	99 (79,8)	6 (4,8)	10 (8,1)	9 (7,3)	124	
	Nunca	13 (68,4)	2 (10,5)	3 (15,8)	1 (5,3)	19	
Consumo de alcohol	Regularmente	16 (76,2)	2 (9,5)	1 (4,8)	2 (9,5)	21	0,003
	Esporádicamente	449 (78,5)	41 (7,2)	46 (8,0)	36 (6,3)	572	
	Nunca	138 (93,9)	4 (2,7)	4 (2,7)	1 (2,7)	147	
Evitar exposición	Sí, siempre	193 (87,3)	9 (4,1)	13 (5,9)	6 (2,7)	221	
solar prolongada	A veces	339 (81,1)	31 (7,4)	28 (6,7)	20 (4,8)	418	0,002
	Nunca	71 (70,3)	7 (6,9)	10 (9,9)	13 (12,9)	101	
Uso de protectores	Sí, siempre	306 (82,7)	21 (5,7)	28 (7,6)	15 (4,1)	370	
solares	A veces	259 (80,2)	25 (7,7)	22 (6,8)	17 (5,3)	323	0,032
	Nunca	38 (80,9)	1 (2,1)	1 (2,1)	7 (14,1)	47	-,

MFyC= Medicina Familiar y Comunitaria

^{*}Los valores de p fueron obtenidos mediante la prueba de la Ji-cuadrado

DISCUSIÓN

El presente estudio muestra la prevalencia de consumo de tabaco de los estudiantes de Medicina y Enfermería, y de los residentes de MFyC, a partir de una muestra reclutada en cuatro centros de formación en Ciencias de la Salud (medicina y enfermería) españoles (dos de formación de grado y otros dos de postgrado). Nuestros resultados revelan que la prevalencia de tabaquismo de los estudiantes de Medicina y Enfermería y residentes de MFyC es inferior a la observada en la población española de su misma edad (3,7) y a la registrada en estudiantes de Medicina y Enfermería y residentes de MFyC de otros países europeos (17-18).

Una investigación realizada en 3840 estudiantes de sexto de Medicina en 2004, previa a la implantación de la legislación frente al tabaco, ya indicaba la menor prevalencia de este alumnado respecto a otras poblaciones, atribuyéndolo a su motivación y a unos mejores hábitos de salud (19). Los residentes de MFyC y estudiantes de grado en Ciencias de la Salud desempeñan un papel relevante en la promoción de estilos de vida saludables y prevención de factores de riesgo en la población general (20-21). Su actividad formativa-asistencial no solo está marcada por el conocimiento de las recomendaciones de

estilos de vida saludables, sino también por otros factores asociados a la práctica clínica, como son la actitud personal, las creencias y experiencias relacionadas con los hábitos de salud, así como los estilos de vida del propio profesional (22).

La presencia de factores de riesgo cardiovasculares en los profesionales sanitarios y estudiantes en formación influyen en la práctica preventiva que éstos realizan en la población general (23). Entre los factores de riesgo analizados en los profesionales sanitarios y estudiantes en formación, destaca el consumo de tóxicos como el alcohol o el tabaco. En relación al tabaquismo, se observa que los profesionales fumadores poseen una menor propensión a iniciar intervenciones para dejar de fumar (24). Respecto al consumo de alcohol, existe una clara correlación entre el nivel de ingesta de alcohol de los sanitarios y su repercusión en el ámbito clínico, siendo los profesionales con estilos de vida saludables más propensos a practicar las recomendaciones preventivas para reducir el consumo de alcohol en la población general (25).

Varios estudios desarrollados en estudiantes de Ciencias de la Salud y residentes de MFyC de Andalucía (26) y Cataluña (27) muestran una prevalencia de consumo de tabaco inferior a la identificada en la población general con edades

Tabla 4. Variables relacionadas con el consumo de tabaco de los residentes de Medicina Familiar y Comunitaria y estudiantes de Medicina y Enfermería. Modelo de Regresión Logística binaria*

Variables		β	OR	IC 95%	р
Consumo de alcohol	Regularmente Esporádicamente Nunca	1,53 1,49	4,63 4,42 1	1,01-21,27 1,75-11,18	0,049 0,002
Evitar exposición solar prolongada	Sí, siempre A veces Nunca	-0,82 -0,99	0,44 0,37 1	0,25-0,77 0,19-0,72	0,004 0,004

MFyC= Medicina Familiar y Comunitaria; Variable dependiente: hábito tabáquico (Sí/No); OR= Odds Ratio;

IC 95% = Intervalo de Confianza del 95%; Test de Hosmer y Lemeshow=1,593; p=0,810;

^{*} No se obtuvo significación estadística respecto a la edad, sexo, lugar, curso, perfil académico, peso actual, actividad física, ingesta de verduras/hortalizas, ingesta de fruta, ingesta de carne roja y uso de protectores solares.

comprendidas entre 15-24 años (2,3,7). Dicha prevalencia es, a su vez, inferior a la identificada en estudios regionales sobre médicos de AP y de hospitales españoles (28, 9) y en la población activa española (29), así como en otras investigaciones desarrolladas a nivel internacional en estudiantes y profesionales sanitarios (17,18). Por lo expuesto anteriormente, se puede deducir que la edad, el perfil profesional y el lugar de formación constituyen factores relevantes a la hora de analizar la prevalencia de consumo de tabaco de la población sanitaria. En consonancia con los hallazgos anteriores, los resultados del análisis bivariado indican que los estudiantes de grado de Enfermería y los que tienen una edad comprendida entre 21 a 24 años presentaban una prevalencia superior de tabaquismo en la muestra analizada, sin embargo, la significación estadística desaparece en el análisis de regresión.

El último informe sobre alcohol y drogas (EDA-DES) (2), realizado en la población española, muestra que la prevalencia de consumo de tabaco es superior en los varones, en consonancia con los estudios desarrollados en España (6,9) y otros países europeos en sanitarios y en estudiantes en formación (17,18). En nuestro estudio se observa una prevalencia global de consumo de tabaco ligeramente superior en las mujeres, si bien no se apreciaron diferencias significativas con respecto al consumo en los hombres. En relación al perfil sanitario y lugar de formación, en el análisis bivariado se aprecia una mayor prevalencia de tabaquismo en los estudiantes de Enfermería y en los participantes que recibieron formación en la Unidad Docente de MFyC de Ceuta, obteniendo diferencias significativas en este último grupo, respecto a los encuestados con otros lugares de formación, lo cual concuerda con los datos publicados por el Instituto Nacional de Estadística, ya que Ceuta constituye una de las ciudades con mayor incremento de consumo de tabaco entre los años 2008-2018 (30). Sin embargo, la ausencia de significación estadística obtenida en el análisis multivariado respecto al tipo de profesión o lugar de formación van en la misma dirección que los estudios publicados en estudiantes universitarios en otros países europeos (17,18,28).

En cuanto a la asociación del tabaquismo con otros factores de riesgo o estilos de vida, nuestro estudio mostró que dicho consumo está relacionado con el consumo de otras sustancias tóxicas como el alcohol, con el uso de protectores solares y con menor exposición solar de forma prolongada. Estos resultados están en consonancia con los publicados sobre la asociación de tabaco y alcohol en los estudiantes en Ciencias de la Salud (31) y la población general (32), si bien no hay evidencia previa sobre la asociación del consumo de tabaco con el uso de protector solar o exposición solar prolongada.

Entre las limitaciones del estudio destaca el posible sesgo de selección o del voluntario, ya que suelen ser los más sensibilizados con los efectos perjudiciales de esta droga, que a su vez pueden ser los más interesados o motivados por la prevención del tabaquismo, los más propensos a participar en el estudio rellenando el cuestionario, lo cual podría conducir a una infraestimación de la prevalencia de consumo. No obstante, gran parte de las encuestas fueron respondidas por la totalidad de los alumnos presentes en clase, sin que estos fueran advertidos previamente, lo cual pudo contribuir en la reducción del sesgo de selección. Otra posible debilidad del estudio se basa en la selección de determinados cursos de Medicina y Enfermería de la Facultad de Córdoba y de Francisco de Vitoria para participar en el proyecto, lo cual se realizó por cuestiones operativas, dado que los investigadores eran los que impartían clase a esos cursos. Otra limitación del estudio radica en el método de recogida de datos, dado que los propios encuestados autodeclararon el consumo de tabaco que presentaban, lo cual podría infraestimar la prevalencia de consumo de tabaco de los participantes, al sentir que estaban siendo observados, a pesar de que la encuesta era anónima. De igual forma, constituye una limitación del estudio la ausencia de consumo ocasional de tabaco, la cual podría proporcionar información adicional sobre la prevalencia del mismo en dicha población.

Teniendo presente los resultados obtenidos en nuestro estudio, existe la necesidad de evaluar en futuras investigaciones la presencia de otros factores que no han sido contemplados en este y que proporcionarían mayor información sobre el consumo de tabaco de los estudiantes en formación y residentes de MFyC como son la presencia de patologías agudas/crónicas, el consumo de otras drogas como las sustancias ilegales, o las condiciones laborales (satisfacción laboral, tipo de empleo, turnos nocturnos, ambiente de traba-

jo, remuneración económica, desplazamiento al puesto de trabajo o jornadas prolongadas).

CONCLUSIÓN

El presente estudio revela que la prevalencia de tabaquismo identificada en los estudiantes de formación sanitaria y residentes de MFyC analizados es inferior a la observada en la población española de su misma edad y, a su vez, es menor que la registrada en estudiantes de medicina y enfermería y residentes de MFyC de otros países europeos; por tal razón, resulta necesario seguir las intervenciones preventivas dirigidas a los estudiantes de formación sanitaria de grado y postgrado. El tabaquismo de los estudiantes de Medicina y Enfermería y residentes de MFyC se relaciona con la ingesta de alcohol y menor exposición solar prolongada.

Conflictos de interés: los autores declaran la no existencia.

BIBLIOGRAFÍA

- Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones (OEDA). Informe 2019 Alcohol, tabaco y drogas ilegales en España. [Internet]. [Consultado 3 agosto 2020]. Disponible en: http://www.pnsd.mscbs.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/informesEstadisticas/ pdf/2019 OEDA-INFORME.pdf
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, Secretaría de Estado de Servicios Sociales e Igualdad. Encuesta sobre alcohol y drogas en España EDADES 1995-2017. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas 2019. [Internet]. [Consultado 3 agosto 2020]. Disponible en: http://www.pnsd.mscbs.gob.es/ profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/pdf/EDAD ES_2017_Informe.pdf
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, Secretaría de Estado de Servicios Sociales e Igualdad. Encuesta Nacional de Salud (ENSE). [Internet]. [Consultado 3 agosto 2020]. Disponible en: https://www.mscbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuestaNac2017/ENS E17_pres_web.pdf
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, Secretaría de Estado de Servicios Sociales e Igualdad. Encuesta Europea de Salud (EESE). [Internet]. [Consultado 3 agosto 2020]. Disponible en: https://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/EncuestaEuropea/Enc_Eur_Salud_en_Esp_20 14.htm

- Boletín Oficial del Estado. (2010). Ley 42/2010, de 30 de diciembre, por la que se modifica la Ley 28/2005, de 26 de diciembre, de medidas sanitarias frente al tabaquismo y reguladora de venta, el suministro, el consumo y la publicidad de los productos del tabaco. BOE 318 de 31/12/2010
- Rodríguez Muñoz PM, Carmona Torres, JM, Hidalgo Lopezosa P, Cobo Cuenca A, Rodríguez Borrego MA. Evolución del consumo de alcohol y tabaco en jóvenes en España, posterior a la ley 42/2010 frente al tabaquismo: 2011-2014. Adicciones. 2019; 31(4): 274-283.
- Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales. Junta de Andalucía. La salud en Andalucía: Adultos. V Encuesta Andaluza de Salud 2015- 2016 [2017]. Disponible en:https://www.juntadeandalucia.es/export/drupaljda/La%20Salud%20en%20Andaluc%C3%ADa-%20 Adultos.pdf
- Catalina Romero C, Sainz Gutiérrez JC, Quevedo Aguado L, Cortés Arcas MV, Pinto Blázquez JA, Gelpi Méndez JA, et al. Prevalencia de consumo de tabaco en población trabajadora tras la entrada en vigor de la ley 42/2010. Rev Esp Salud Pública. 2012; 86:177–88.
- Reyes Urueña JM, Burón Pust A, Sala Serra M, Serra Pujadas C, Diaconu A, Macià Guilà F. Evolución del consumo de tabaco en trabajadores de un hospital de Cataluña. Rev Esp Salud Publica. 2013;87:407–17.
- Perula De Torres LA, Moscosio Cuevas JI, Bartolome Moreno C, Martín-Carrillo P, Martín-Rabadán M, Jiménez García C, et al. Conocimiento, conductas y actitud ante el Código europeo contra el cáncer por parte de los profesionales sanitarios de Atención primaria. Aten Primaria. 2020;52:67-76.
- 11. Frank E. Physician health and patient care. JAMA. 2004; 291:637.
- 12. Pipe A, Sorensen M, Reid R. Physician smoking status, attitudes toward smoking, and cessation advice to patients: An international survey. Patient Educ Couns. 2009; 74:118–123
- Frank E, Dresner Y, Shani M, Vinker S. The association between physicians' and patients' preventive health practices. CMAJ. 2013;185:649–653
- Wang MY, Lin GZ, Li Y, Dong H, Liao YH, Liu HZ, et al. Knowledge, Attitudes, Preventive Practices and Screening Intention about Colorectal Cancer and the Related Factors among Residents in Guangzhou, China. Asian Pac J Cancer Prev. 2017; 18:3217-3223.
- Schüz J, Espina C, Villain P, Herrero R, Leon ME, Minozzi S, et al. European Code against Cancer 4th Edition:
 ways to reduce your cancer risk. Cancer Epidemiol.
 Suppl 1:S1-10.
- Programa de actividades preventivas y de promoción de la salud (PAPPS) (2019) Grupos de trabajo. Disponible en: http://papps.es/grupos_trabajo.php

- 17. Provenzano S, Santangelo OE, Grigis D, Giordano D, Firenze A. Smoking behaviour among nursing students: attitudes toward smoking cessation. J Prev Med Hyg. 2019;60:E203-E210.
- La Torre G, Kirch W, Bes-Rastrollo M, Ramos RM, Czaplicki M, Gualano MR, et al. Tobacco use among medical students in Europe: results of a multicentre study using the Global Health Professions Student Survey. Public Health. 2012;126(2):159–64.
- Masa A, Nerín I, Barrueco M, Cordero J, Guillén D, Jiménez-Ruiz C, et al. Consumo de tabaco en estudiantes de sexto curso de medicina de España. Arch Bronconeumol. 2004; 40:103-8.
- Malatskey L, Essa-Hadad J, Willis TA, Rudolf MCJ. Leading healthy lives: lifestyle medicine for medical students. Am J Lifestyle Med. 2017; 13(2):213–219.
- Klein M, Bluman R, Tannenbaum D. What do family practice residents do in prevention and counselling?. Can Fam Physician. 1981; 27:682–689.
- 22. Bakhshi S, While A. Health professionals' alcoholrelated professional practices and the relationship between their personal alcohol attitudes and behavior and professional practices: A systematic review. Int J Environ Res and Public Health. 2014; 11:218–48.
- Oberg EB, Frank E. Physicians' health practices strongly influence patient health practices. J R Coll Physicians Edinb. 2009; 39: 290–291.
- Pipe A, Sorensen M, Reid R. Physician smoking status, attitudes toward smoking, and cessation advice to patients: An international survey. Patient Educ Couns. 2009;74:118–123.
- 25. Freeman T, Roche AM, Williamson P, Pidd K. Hazardous alcohol use interventions with emergency patients: Self-reported practices of nurses, and pre-

- dictors of behaviour. Emerg Med Australas. 2011; 23:479-489.
- Ranchal Sánchez A, Pérula de Torres LÁ, Santos Luna F, Ruiz-Moral R. Prevalence of tobacco consumption among young physicians at a regional university hospital in southern Spain: a cross-sectional study. BMJ Open. 2018;8(2):e018728.
- 27. Estudio sobre la salud, estilos de vida y condicionantes académicos de los estudiantes de medicina de Cataluña. Disponible en: https://www.fgalatea.org/pdf/estudiant_cast_baixa.pdf
- 28. Martínez C, Martínez-Sánchez JM, Antón L, Riccobene A, Fu M, Quirós N, et al. Prevalencia de consumo de tabaco en trabajadores hospitalarios: metaanálisis en 45 hospitales catalanes. Gac Sanit. 2016;30(1):55–8.
- 29. Ministry of Health, Social Services and Equality, Secretary of State for Social Services and Equality. Encuesta 2013-2014 sobre consumo de sustancias psicoactivas en España en el ámbito laboral en España. Disponible en: http://www.pnsd.mscbs.gob.es/profesionales/publicaciones/catalogo/catalogoPNSD/publicaciones/pdf/EncuestaLaboral2013.pdf
- El consumo de tabaco en España y el mundo, en datos y gráficos. [Internet]. [Consultado 3 agosto 2020]. Disponible en: https://www.epdata.es/datos/consumotabaco-espana-datos-graficos/377
- 31. Romero MI, Santander J, Hitschfeld MJ, Labbé Marcela ZV. Consumo de tabaco y alcohol entre los estudiantes de medicina de la Pontificia Universidad Católica de Chile. Rev. méd. Chile [Internet]. 2009; 137 (3): 361-368. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872009000300006&lng=es.
- 32. Amengual Munar M, Calafat Far A, Palmer Pol A. Alcohol, tabaco y drogas en enseñanza media 1981-1988-1992. Adicciones; 1993. 5: 141-161.

Anexo 1. Encuesta sobre recomendaciones preventivas contra el cáncer

Ver páginas siguientes.

16/1/2017

ENCLIESTA SORRE RECOMENDACIONES PREVENTIVAS CONTRA EL CÁNCER

ENCUESTA SOBRE RECOMENDACIONES PREVENTIVAS CONTRA EL CÁNCER

Esta encuesta va dirigida a los estudiantes de Medicina, Enfermería y residentes de Medicina de Familia y Comunitaria, y tiene como objetivo conocer los hábitos de salud y estilos de vida que se han visto más relacionados con la génesis de la mayoría de los procesos tumorales en los seres humanos.

Procedimiento

Si acepta participar, se le invita a completar este cuestionario (cuya duración será aproximadamente de 5 minutos). Es importante que responda a todas las preguntas de manera sincera.

Confidencialidad

Todos los datos obtenidos por parte de los participantes son confidenciales y sólo se analizarán y usarán en un formato agregado (aportando sólo datos conjuntos y nunca individuales). Todos los datos se guardarán de manera segura y sólo los investigadores a cargo del estudio tendrán acceso a ellos. Los datos recogidos no se compartirán con terceros.

Participación

La participación en este estudio es completamente voluntaria. Usted tiene el derecho de retirarse en cualquier momento.

Acerca de nosotros

Este estudio multicéntrico está coordinado por un equipo coordinado por Luis Pérula (unidad docente de Medicina Familiar y Comunitaria de Córdoba).

Preguntas acerca de la Investigación

Si tiene alguna pregunta con respecto a este estudio, puede ponerse en contacto con el coordinador a través de esta dirección: langel.perula.sspa@juntadeandalucia.es

*Obligatorio

Consentimiento informado

	do y entendido el formulario de consentimiento informado que aparece arriba y deseo por a voluntad participar en este estudio solo un óvalo.
	Consiento en participar
	No consiento en participar (cierre el formulario o entregue la encuesta)
	nda a continuación a las preguntas con respecto a los ntes hábitos:
2. 1.Taba Marca	solo un óvalo.
	No fumo (pasar a la pregunta 3)
	No fumo (pasar a la pregunta 3) He sido fumador pero ya no fumo (pasar a la pregunta 3)
000	

https://docs.google.com/forms/d/1aCLCJ6XarjvxplpanBld1wiXALdpD5TLj7eFxQJ1o0s/edit

1/5

16/1/2017	ENCUESTA SOBRE RECOMENDACIONES PREVENTIVAS CONTRA EL CÁNCER
	2Si fuma
n	Marca solo un óvalo.
	Suelo fumar en presencia de otras personas
	No suelo fumar en presencia de otras personas
	SCon respecto a su peso actual Marca solo un óvalo.
	Tengo un peso normal
	Tengo sobrepeso (IMC entre 25,0 y 29,9)
	Tengo obesidad (IMC de 30 ó más)
	No sé el peso que tengo
	اد-¿Realiza actividad física?: Marca solo un óvalo.
	Regularmente (todos o casi todos los días)
	De dos a tres veces a la semana
	Sólo de vez en cuando
	No suelo realizar ningún tipo de actividad física
	i¿Con qué frecuencia suele ingerir verduras u hortalizas?: Marca solo un óvalo.
	Regularmente (todos o casi todos los días)
	De dos a tres veces a la semana
	Sólo de vez en cuando
	No suelo consumir estos alimentos
	6. ¿Con qué frecuencia suele ingerir frutas?: Marca solo un óvalo.
	Regularmente (todos o casi todos los días)
	De dos a tres veces a la semana
	Sólo de vez en cuando
	No suelo consumir estos alimentos
	No contesta
	¿Con qué frecuencia suele ingerir carne de cerdo, vacuno, cordero, etc (grasas de origen nimal)?
٨	Marca solo un óvalo.
	Regularmente (todos o casi todos los días)
	De dos a tres veces a la semana
	Sólo de vez en cuando
	No suelo consumir estos alimentos

https://docs.google.com/forms/d/1aCLCJ6XarjvxplpanBld1wiXALdpD5TLj7eFxQJ1o0s/edit

3/1/2017	ENCUESTA S	SOBRE RECOMEND	ACIONES PREVENTIVAS CONTRA	EL CANCER	
un	Respecto al alcohol (cerveza, a consumición=una cerveza=u		o equivalente		
Mi	arca solo un óvalo.				
	Bebo tres o más consumio	ciones al día			
	Bebo una o dos consumic	iones al día			
	Bebo esporádicamente (po	or ejemplo, los fir	nes de semana)		
	No bebo nunca				
	ટ Trata de evitar exposicione arca solo un óvalo.	s prolongadas o	o excesivas al sol?		
	Sí, siempre				
	A veces				
	Nunca				
	I. ¿Utiliza protectores solares arca solo un óvalo.	para prevenirse	e de la exposición al sol?		
	Sí, siempre A veces				
	A veces				
	Nunca				
	Nunca				
ac	Nunca A continuación nos gustaría tuales se deben de recomendarca solo un óvalo por fila.			a las eviden	cias
ac	. A continuación nos gustaría tuales se deben de recomend			a las eviden 3 De acuerdo	cias 4 No Io sé
ac Me	. A continuación nos gustaría tuales se deben de recomend	dar las siguiente 1 En	as actividades preventivas: 2 Ni de acuerdo ni en	3 De	4 No Io
ac Ma	A continuación nos gustaría tuales se deben de recomendarca solo un óvalo por fila. 11.1. Hacer la prueba de la citología o prueba de Papanicolau para la detección precoz del cáncer de cuello de útero a las mujeres a partir de los 25	dar las siguiente 1 En	as actividades preventivas: 2 Ni de acuerdo ni en	3 De	4 No Io
ac Ma	tuales se deben de recomendarca solo un óvalo por fila. 11.1. Hacer la prueba de la citología o prueba de Papanicolau para la detección precoz del cáncer de cuello de útero a las mujeres a partir de los 25 años 11.2. Realizar una mamografía para la detección precoz del cáncer de cuello de útero de las mujeres a partir de los 50	dar las siguiente 1 En	as actividades preventivas: 2 Ni de acuerdo ni en	3 De	4 No Io

https://docs.google.com/forms/d/1aCLCJ6XarjvxplpanBld1wiXALdpD5TLj7eFxQJ1o0s/edit

3/5

6/1/2017	ENCUESTA SOBRE RECOMENDACIONES PREVENTIVAS CONTRA EL CÁNCER
13	. 12. ¿Conoce usted el llamado "Código Europeo contra el Cáncer"? Si lo conoce pase a la pregunta siguiente; si no lo conoce, pase a la pregunta 14 Marca solo un óvalo.
	Sí, lo conozco bien
	Sí, pero sólo de oídas
	No lo conozco (pasar al apartado de Datos sociodemográficos)
14	. 13. Cómo conoció este "Código Europeo contra el Cáncer" Marca solo un óvalo.
	A través de otros compañeros
	A través de los medios de comunicación (televisión, radio, prensa escrita,)
	A través de documentos científicos
	Por internet
	Por asignaturas de la carrera
	Por la formación impartida en la unidad docente
	Otro:
	pregunta y siguiente; si no lo conoce, pase al apartado de Datos socio-demográficos para finalizar la encuesta. Marca solo un óvalo. Sí No
16	. 15. ¿Cómo conoció el PAPPS? Marca solo un óvalo.
	A través de otros compañeros A través de los medios de comunicación (televisión, radio, prensa escrita)
	A través de los medios de comunicación (televisión, fadio, prensa escrita,) A través de documentos científicos
	Por internet
	Por asignaturas de la carrera
	Por la formación impartida en la unidad docente
	Otro:
DA	ATOS SOCIODEMOGRÁFICOS
	-Edad (años) *

https://docs.google.com/forms/d/1aCLCJ6XarjvxplpanBld1wiXALdpD5TLj7eFxQJ1o0s/edit

17		ENCUESTA SOBRE RECOMENDACIONES PREVENTIVAS CONTRA EL CANCER
18.	-Sexo:	•
	Marca	solo un óvalo.
		Hombre
	\bigcirc	Mujer
19.		ue su perfil
	Marca	solo un óvalo.
		Estudiante de Medicina
		Estudiante de Enfermería
		Residente de 1er año
		Residente de 2º año
		Residente de 3er año
	\bigcirc	Residente de 4º año
20.	Lugar	
	Marca	solo un óvalo.
		Facultad de Medicina y Enfermería de Córdoba
		Facultad de Medicina Francisco de Vitoria
		Unidad Docente Medicina Familiar y Comunitaria de Córdoba
		Unidad Docente Medicina Familiar y Comunitaria de Ceuta
		Otro:
Μu	ıcha	s gracias por su colaboración
Cliq	ue en e	I botón "envía"
_	la tecnol	ogia de ≿ Forms
:=	Joogie	TOTAL

https://docs.google.com/forms/d/1aCLCJ6XarjvxplpanBld1wiXALdpD5TLj7eFxQJ1o0s/edit

81

ORIGINAL

La COVID-19 desde Atención Primaria. Los centros de salud no cierran

Almagro Martín-Lomeña P¹, Lomeña Villalobos JA¹, de la Torre Solís C¹, Luque Garrocho A², Perpiñá Fortea C¹, Martín Alarcón S¹, López García A¹, Jiménez Castillo MªE¹

¹Especialistas en MFyC

²Pediatra

Centro de salud de Torre del Mar. Área de Gestión Sanitaria Este de Málaga-Axarquía. Málaga. España

CORRESPONDENCIA

José Antonio Lomeña Villalobos E-mail: josealomena@gmail.com

Recibido el 06-02-2021; aceptado para publicación el 09-07-2021 Med fam Andal. 2021; 2: 82-91

PALABRAS CLAVE

SARS-CoV-2, Covid-19, epidemiología, atención primaria. Pandemia Global.

RESUMEN

Título: la COVID-19 desde Atención Primaria. Los centros de salud no cierran.

Objetivo: analizar la demanda telefónica que ha generado la pandemia de la COVID-19 en las consultas de Atención Primaria de Torre del Mar (Málaga) y estudiar diversas variables en relación a la asistencia prestada por los profesionales.

Material y métodos: estudio descriptivo, transversal y retrospectivo de pacientes de cero a 96 años que desde el 15 de marzo al 29 mayo de 2020 (52 días) se les contactó telefónicamente desde Atención Primaria en relación a patologías relacionadas con la COVID-19. (n=753).

Resultados: se atendieron 753 pacientes de 22 cupos. Mujeres 58,9%. 160 niños y 593 adultos. Primer síntoma referido: tos 31,7%, fiebre 19%, odinofagia 13,3%, febrícula 10,7%, disnea 5,3%. Inicio de los síntomas 5,4 días de media antes del contacto telefónico. 68,6% no reconocían contacto previo con sospechosos. Comorbilidades 32,9% (HTA, Diabetes, Cardiopatía, EPOC). Se solicitaron Rx de tórax al 13,7%. Al 9,1% se derivó a urgencias.

Llamadas telefónicas realizadas 3.398. Días de seguimiento 10.407. Hay diferencias significativas en ambas variables en relación a los distintos médicos (p<0,005).

Discusión: la pandemia COVID-19 ha supuesto un condicionante importante en el desempeño de nuestro trabajo. En la llamada "primera ola" el desconocimiento sobre patología, diagnóstico, tratamiento y seguimiento fue patente. Las limitaciones a los test diagnosticos complicó nuestro trabajo. Los centros de salud no cerraron nunca. Se contactó desde los teléfonos a pacientes COVID-19 o sospechosos y al resto de pacientes agudos o crónicos que lo solicitaron.

KEYWORDS

SARS-CoV-2, COVID-19, Epidemiology, Primary care. Global pandemic.

ABSTRACT

Title: The role of primary care in the COVID-19 response. Primary care does not close.

Aims: To analyse the demand for telephone consultations generated by the COVID-19 pandemic in Torre del Mar (Malaga) primary care centres, and to study several variables in relation to care provided by health professionals.

Materials and methods: A descriptive, cross-sectional and retrospective study of patients aged zero to 96 years who were contacted by telephone, from 15 March to 29 May 2020 (52 days), from primary care facilities, with regards to COVID-19 related pathologies (n=753).

Results: A total of 753 patients from 22 quotas received telephone consultations. 58.9% were women. A total of 160 children and 593 adults. First reported symptom was cough 31.7%, fever 19%, odinophagia 13.3%, febrile 10.7%, dyspnea 5.3%. The mean time from the initial onset of symptoms was 5.4 days before telephone contact. 68.6% of patients did not acknowledge having had prior contact with COVID-19 suspected cases. 32.9% reported comorbidities (high blood pressure, diabetes, heart disease, COPD). Chest X-rays were requested for 13.7% of patients 9.1% of patients were referred to the emergency room.

A total of 3,398 phone calls were made. Number of follow-up days was 10,407. Significant differences were observed in both variables in terms of the different physicians involved (p<0.005).

Discussion: The COVID-19 pandemic represented a powerful conditioning factor for primary care performance. The lack of knowledge regarding pathology, diagnosis, treatment and follow-up was most evident during the first wave of the pandemic. Limitations to diagnostic testing hampered the work of primary care professionals. Primary care centres never closed. COVID-19 confirmed or suspected patients were contacted from primary care facilities by phone, and so were other patients with acute or chronic illness who requested consultation.

INTRODUCCIÓN

El 31 de diciembre de 2019, China informó a la Oficina de la OMS de varios casos de neumonía de etiología desconocida detectados en la ciudad de Wuhan, provincia de Hubei (China). El 3 de enero de 2020, las autoridades chinas notificaron a la OMS que, en total, había 44 pacientes con neumonía de etiología desconocida. (1)

El 5 de enero de 2020 la OMS publica su primer panel sobre brotes epidémicos relativo al nuevo virus, una publicación técnica de referencia para la comunidad mundial, de investigación y salud pública y los medios de comunicación. (2)

El 31 enero de 2020 el Centro Nacional de Microbiología confirma el primer caso positivo en España en La Gomera. Era una persona de origen alemán que llegó a la isla como turista junto a cuatro personas más que fueron ingresadas y aisladas en el Hospital Virgen de Guadalupe de La Gomera. (3)

En respuesta al número creciente de casos de la COVID-19, el Gobierno español, en su sesión extraordinaria del sábado 14 de marzo de 2020 declaró el estado de alarma, lo que conllevó como principal medida la imposición de una cuarentena nacional. La medida, que entró en vigor a las 00:00 horas del domingo 15 de marzo, fue una de las medidas de emergencia para reducir el contagio. (4)

La COVID-19 afecta de distintas maneras en función de cada persona. La mayoría de las personas que se contagian presentan síntomas de intensidad leve o moderada, y se recuperan sin necesidad de hospitalización. Los síntomas más habituales son: fiebre, tos seca, cansancio, mialgias, dolor de garganta, diarreas, dolor de cabeza, pérdida del sentido del olfato o del gusto y lesiones en la piel, entre otras. Como síntomas graves: disnea, dolor pleurítico, fiebre alta, astenia intensa.

Debido al mayor número de casos diagnosticados y de muertes por la enfermedad, que se concentran sobre todo en personas de edad avanzada y con patologías previas, los Gobiernos se han visto obligados a tomar medidas de información, gestión de la crisis y distanciamiento social, mientras los sistemas sanitarios se han visto sometidos a

una presión asistencial que los dejaba al borde del colapso. (5)

El Misterio de Sanidad desde el principio de la crisis publica una serie de Documentos técnicos. Con actualizaciones periódicas cuando la evidencia disponible así lo aconseja. Participan en su redacción las distintas Sociedades Científicas implicadas. El objetivo de los documentos es servir de guía de actuación para el manejo de casos de COVID-19. (6) Existen documentos específicos para Atención Primaria (7) y Pediatría. (8)

Se recomendó, en función de las características y necesidades de cada centro de salud o consultorio, implementar estrategias para disminuir el aforo de pacientes en los centros sanitarios y aumentar el espacio físico y temporal entre ellos, así como potenciar las consultas telefónicas y telemáticas, dejando a criterio del profesional sanitario tras una primera valoración telefónica, la necesidad de realizar una valoración presencial y se aconsejó potenciar las consultas en "acto único" para disminuir el número de visitas de los pacientes, pudiéndose aplazar, en función de la disponibilidad de recursos y la situación epidémica local, las actividades sanitarias programadas y no urgentes en los centros sanitarios de atención primaria y hospitalaria. (9)

Se indicó el aislamiento y el seguimiento telefónico del paciente sospechoso o confirmado de la COVID-19. Asimismo, se iniciaron las actividades de identificación de contactos estrechos según el modelo organizativo autonómico. (7,9)

Desde el primer día del estado de alerta se ha contactado telefónicamente con todos los usuarios que lo han solicitado, sea por patologías respiratorias o de otra índole. Además, cuando algún profesional sanitario ha atendido de forma presencial (en consulta o domicilio) o telemática con un usuario con sospecha de COVID-19, se le ha incluido en la agenda de su médico y éste ha contactado con él a la mayor brevedad posible, siempre en las primeras 24-36 horas.

En caso de sintomatología leve, el personal sanitario realizó una valoración de la situación clínica y comorbilidades y emitió las recomendaciones oportunas, así como evaluó la gravedad de la situación clínica del paciente y organizó la forma de realización de pruebas complementarias

como Rx, análisis sanguíneo y PCR COVID-19 en hospital de referencia. (la PCR COVID-19 está disponible en nuestro Centro de Salud desde 15 junio 2020; desde el 15 marzo a 15 junio no ha estado disponible para Atención Primaria ningún test diagnóstico).

En caso de requerir atención urgente, se derivó para su atención, según correspondía, a los Servicios de Urgencias y Emergencias del propio Centro de Salud o Urgencias Hospitalarias, informándoles de que se trataba de un posible caso de COVID-19 para que pudieran disponer de los equipos de protección individual (EPI) recomendados durante la evaluación presencial del paciente.

Objetivo

El objetivo de este trabajo es describir cómo se gestionaron las consultas telefónicas del Centro de Salud de Torre del Mar perteneciente al Área de Gestión Sanitaria Este de Málaga-Axarquía durante el periodo del estado de alarma en la llamada "primera ola" provocada por la pandemia Covid-19 y analizar los resultados obtenidos.

PACIENTES Y MÉTODOS

El Centro de Salud de Torre del Mar (Málaga) forma parte del Área Sanitaria Este de Málaga-Axarquía, tiene 18 cupos médicos y 4 cupos de pediatría. Existen 4 consultorios locales.

Abarca una población de 22.168 hab. (1 de enero de 2018).

Estudio descriptivo, retrospectivo, transversal y observacional. Se revisaron 753 historias clínicas de Atención Primaria de pacientes de cero a 96 años con sospecha o confirmación de infección por la COVID-19 y que fueron contactados telefónicamente en el período comprendido entre el día 15 de marzo al 29 de mayo 2020 (52 días hábiles). Para esta muestra se solicitó a nuestra Área Sanitaria un listado de todos los pacientes en los que la palabra Covid figuraba en algún apartado de la historia clínica Diraya en esas fechas. Es por tanto un muestreo consecutivo de pacientes atendidos en ese límite temporal. El sesgo inherente

a este tipo de muestreo es la no respuesta o la falta de interés a contestar las preguntas, pero en nuestro caso todas las personas contactadas telefónicamente atendieron las llamadas telefónicas realizadas por sus propios médicos de cabecera. De 922 pacientes iniciales se descartaron 169 por no cumplir los criterios de inclusión debido sobre todo a errores burocráticos, por lo que la muestra quedó conformada por 753 pacientes. Las variables analizadas fueron: demográficas, epidemiológicas, clínicas y terapéuticas.

Los datos se expresan en frecuencia absoluta y porcentajes. Las variables cuantitativas se describen mediante media ± desviación estándar. Para comparar variables cualitativas se utilizó el test Chi cuadrado y para variables cuantitativas el Test de t Student. Para comparar medias se usó el análisis univariado de la varianza. Para la significación estadística se consideró como punto de corte un valor de "p" menor a 0,05. El paquete informático utilizado para el análisis fue el programa SPSS 25.

En todo momento para la elaboración de este trabajo se respetó la LOPD 3/2018 así como la declaración de Helsinki. El comité de ética provincial consideró el trabajo ética y metodológicamente correcto con fecha 9 octubre 2020 y con el código PAML20.

RESULTADOS

Se revisaron 753 historias clínicas de Atención Primaria de pacientes de cero a 96 años con sospecha clínica o confirmación de infección por la COVID-19 y a los que se contactó telefónicamente por su médico para su seguimiento. 59% eran mujeres (n=444). 160 pacientes (21,2%) eran pediátricos (4 cupos) y 593 adultos (18 cupos). 437 (58%) tenían una edad entre 14 y 64 años y 156 (20,7%) eran mayores de 65 años.

Las variables estudiadas aparecen en la tabla 1

Tabla 1 Variables analizadas

DEMOGRÁFICAS

- SEXO
- EDAD

EPIDEMIOLÓGICAS

- FECHA DE INICIO DE SÍNTOMAS
- CONTACTO PREVIO CON CASO/SOSPECHOSO SARS-CoV 19

CLÍNICAS

- SÍNTOMA INICIAL
- SÍNTOMAS PREVALENTES
- DÍAS DE SEGUIMIENTO
- NÚMERO DE LLAMADAS POR PACIENTE
- COMORBILIDADES
- DERIVACIONES A PUNTOS DE URGENCIAS. Criterios de gravedad: Taquicardia, Fiebre>39°C, Disnea, Dolor pleurítico, Vómitos o Diarreas.
- INGRESOS HOSPITALARIOS
- MORTALIDAD
- COMPLICACIONES

DIAGNÓSTICAS Y TERAPÉUTICAS

- PRUEBAS DIAGNÓSTICAS (PCR Y ANTICUERPOS)
- PRUEBAS COMPLEMENTARIAS (RX DE TÓRAX)
- TRATAMIENTOS

Aunque el número total de pacientes de cada cupo oscilan entre 1600 y 1400, encontramos variabilidad en los casos seguidos; así, uno de los médicos contactó con 74 pacientes distintos mientras que otro médico solo con 5 pacientes de su cupo. P<0,000. No así en pediatría donde el número de pacientes incluidos fue similar entre los 4 cupos. Figura 1.

Durante 52 días hábiles se hicieron un total de 3.398 llamadas telefónicas lo que sumó 10.407

días de seguimiento. Globalmente la media de los días de seguimiento fue de 13,82, mientras que la media de llamadas fue de 4,51.

Los días de seguimiento en los pediatras tuvo una media de 7.08 ± 7.3 y en los casos de los médicos de familia una media de 15.84 ± 13.6 . La prueba de Levene demostró varianzas iguales entre los grupos con una p< 0.000 en los días de seguimiento entre pediatras y médicos de familia. Figura 2.



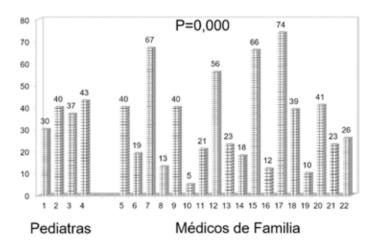
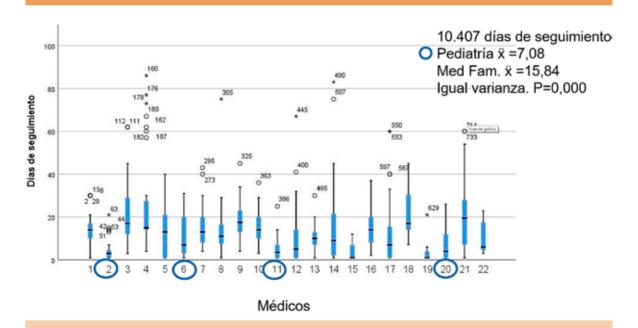


Figura 2. Diagrama de caias de los Dias de seguimiento por cada médico



El número de llamadas de los pediatras tuvo una media fue de $2,65 \pm 1,7$ y en las llamadas de los médicos de familia la media fue de $5,02 \pm 3,6$. La prueba de Levene demostró varianzas iguales entre los grupos con una p<0,000 en el número de llamadas entre pediatras y médicos de familia. Figura 3.

Una de las variables recogidas de las historias clínicas fue la fecha de inicio de los síntomas pues el protocolo del estudio así lo aconsejaba. Se indicó con un número negativo (-4 significaba que el

primer síntoma se inició 4 días antes del contacto telefónico con el paciente). En esta variable no encontramos diferencias significativas entre pediatras y médicos de familia. La media global de inicio de síntomas fue de -4,85. Para los pediatras su media fue de -4,76 y de -4,87 para los médicos de familia.

A todos los pacientes se les preguntó por el primer síntoma percibido, así como por la presencia o ausencia de síntomas. En la tabla 2 aparecen los síntomas iniciales.

3.398 llamadas 176 telefónicas Pediatría x=2.65 Med Fam x=5,02 N.º LLAMADAS Igual varianza. p=0,000 150 149 703 01532 567 216 665 51 8 9 13 15 16 17 18 14 Médicos

Figura 3. Diagrama de cajas del Número de llamadas por cada médico

Tabla 2. Síntoma inicial

TOS CON/SIN EXPECTORACIÓN - SECA - MUCOSA	31,60 % 5,30 %	36,90 %
FIEBRE/FEBRÍCULA - FIEBRE ≥ 38,5° - FEBRÍCULA	18,96 % 10,74 %	29,70 %
ODINOFAGIA DISNEA/SIBILANCIAS DIARREAS MIALGIAS CEFALEA ASTENIA NAÚSEAS/VÓMITOS		13,39 % 6,49 % 3,18 % 1,30 % 1 % 1 %

El 68,6% de los pacientes (n=517) aseguraban no reconocer un contacto previo con pacientes enfermos o sospechosos mientras que un 10,9% (n=82) si reconoció un contacto previo y un 20,4% (n=154) no contestaron o no lo sabían.

Los test diagnósticos como PCR COVID-19 y Anticuerpos (Elisa) están disponibles en nuestro Centro de Salud desde 15 junio 2020, una vez finalizada la recogida de datos para este estudio; desde el 15 de marzo al 29 de mayo 2020 no ha estado disponible para Atención Primaria ningún test diagnóstico. No obstante 45 pacientes (5,9%) se realizaron PCR COVID-19 en clínicas privadas siendo solo positiva en 3 casos.

Una tercera parte de los consultados (n=248. 32,9%) presentaban comorbilidades. Hipertensión arterial (n=128. 17%), EPOC/ASMA (n=118. 15,7%), Diabetes (n=68. 9%), Cardiopatía (n=61. 8,1%), Fumador (n=89, 11,8%) y Obesidad (n=59. 7,8%). Aunque sabemos que el fumador y la obesidad están infradiagnosticados en nuestra historia clínica de Atención Primaria. Muchos pacientes presentaban más de una comorbilidad. En la Figura 4 indicamos las comorbilidades y su relación con la realización de Rx, derivación a urgencias e ingreso hospitalario. Indicar que de los 11 fallecidos en el periodo de estudio, 9 presentaban comorbilidades.

Lo que se contempló como criterios de gravedad fue la frecuencia cardíaca, temperatura mayor de 39°C, piel fría, dolor pleurítico o dolor precordial, vómitos o diarrea incoercible, lo que nos indicaba la necesidad de petición de pruebas complementarias (Rx tórax sobre todo) o evaluación presencial del paciente bien en su domicilio por parte de nuestros compañeros del servicio de urgencias con el que cuenta nuestro centro de salud o bien en el circuito aislado de pacientes con patología sospechosa de COVID-19 del Centro de Salud. En ambos casos compañeros con suficiente material de protección exploraban al paciente y actuaban en consecuencia o bien trasladando al paciente a urgencias del hospital de referencia o bien derivandolo a su médico de cabecera para continuar el seguimiento.

En el periodo de estudio nuestros compañeros del servicio de urgencias atendieron una media de 60,5 pacientes diarios en el centro de salud y de 11 pacientes diarios en sus domicilios. Aunque no consta la patología por la que se atiende. No todos los pacientes que acudieron a urgencias eran por patología derivada de covid. Describir la patología por la que acuden a urgencias se escapa del propósito de nuestro trabajo.

Se realizaron un número de peticiones a Rx tórax (n=105, 13,9%), las derivaciones a urgencias

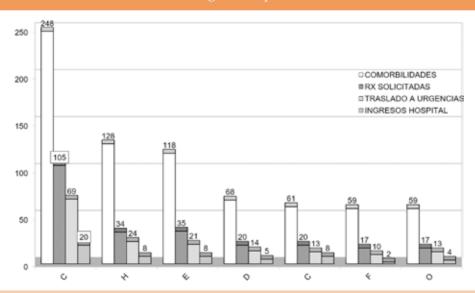


Figura 4. Comorbilidades y su relación con realización de Rx, derivación a urgencias e ingreso hospital

(n=69, 9,1%), los ingresos hospitalarios (n=20, 2,7%) y la mortalidad total (n=11, 1,46%).

El tratamiento prescrito por el hospital o por Atención Primaria, así como los fármacos utilizados fue sintomático sobre todo (88.1%) seguido de antibióticos (31,1%) y corticoides (10,4%).

DISCUSIÓN

Nuestro trabajo se enmarca en la llamada "primera ola" que en Atención Primaria ha supuesto un condicionante importante en el desempeño de nuestro trabajo. El desconocimiento sobre la patología, diagnóstico, tratamiento y seguimiento fue patente y se caracterizó principalmente por control telefónico de pacientes sintomáticos debido a la falta de test diagnósticos. Se les indicó y se les facilitó medidas de aislamiento domiciliario. Los síntomas correspondían a cuadros respiratorios que en su mayoría evolucionaron de forma benigna.

Cuando durante el seguimiento telefónico del paciente se apreciaba mala evolución, para su valoración objetiva en un principio se planteó el uso del test de Roth (contar en voz alta desde 1 en adelante hasta 30 y ver hasta qué número había llegado) y/o el test de frecuencia respiratoria que nos indicaba el número de respiraciones por minuto. Aunque después de consultar la bibliografía se descartó pues el test de Roth no es lo suficientemente sensible para identificar una enfermedad grave y puede ser falsamente tranquilizadora (10) así que no se usó como aproximación a la gravedad del paciente.

Atención Primaria en esta pandemia COVID-19 ha llevado a cabo una estrategia muy centrada en contener a los pacientes en sus domicilios para evitar el colapso de las urgencias hospitalarias. Aunque en algunas comunidades se procedió al cierre de muchos centros de salud para la concentración de la actividad sanitaria en centros de salud estratégicos o en hospitales, en Andalucía los centros de salud se mantuvieron abiertos totalmente. En cada centro de salud se definió un doble circuito bien señalado (Covid / No Covid-19), se realizaba un precribaje a cada persona que accedía; uso de gel, mascarilla e identificación de síntomas con una encuesta

administrativa previa, para luego seguir por uno de los dos circuitos establecidos. (11)

Además, también desde el 13 de marzo de 2020, seguimos atendiendo patologías agudas y crónicas de nuestros pacientes, no derivadas de la Covid-19.

En la patología Covid-19 la accesibilidad telefónica a nuestros pacientes ha permitido unas indicaciones de aislamiento y un seguimiento adecuado, detectando complicaciones que permitieron derivar a los pacientes para realizar pruebas diagnósticas o confirmar diagnóstico de sospecha sin que aumentase el riesgo de contagio entre los ciudadanos y al profesional sanitario.

La Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria presentó un documento (12) para ayudar a los facultativos a poner en práctica la valoración clínica orientada al triaje del paciente. Se establecían unos criterios que los facultativos debían seguir, así como criterios de derivación hospitalaria de pacientes valorados clínicamente en centro de salud o domicilio o por triaje telefónico.

Comparado con un estudio similar realizado en la región de Castilla la Mancha (13) con 274 pacientes en 16 días de seguimiento encontramos en nuestro trabajo 65,3 llamadas día frente a 49,3 de su estudio. Nuestras derivaciones a servicios de urgencias fueron un 9,1% mientras que en su estudio fue de 7,3%.

La variabilidad de actuación entre médicos a la hora de encarar el seguimiento telefónico de los pacientes podría encuadrarse en la incertidumbre existente durante este periodo estudiado, prácticamente inicial de la pandemia en España (14), los cambios de criterios y recomendaciones desde el Ministerio de Sanidad, a veces con días de diferencia (15,16) y la ausencia de la accesibilidad a los test diagnósticos por parte de la Atención Primaria impidiendo el refuerzo objetivo a unas recomendaciones basadas en la intuición del médico y los síntomas clínicos reportados telefónicamente por el paciente.

La primera llamada telefónica se realizó entre el cuarto y quinto día de inicio de los síntomas tanto en pediatría como en adultos; aun cuando la demora telefónica por patología COVID-19

permitía que entre 24 y 48 horas se tuviera acceso vía telefónica con su médico de familia. Da la impresión que los pacientes esperan 2 o 3 días a que los síntomas sean persistentes antes de llamar a su médico.

Como la patología predominante era respiratoria, a poca más de 1 de cada 10 pacientes valorados (13,7%) se le pide prueba radiológica que descartara o confirmara la neumonía bilateral en parches típica de esta patología. A muy pocos pacientes (9,1%) se les derivó a urgencias de nuestro centro de salud o a urgencias hospitalarias. Fuera del triaje, un 15% de nuestros pacientes acudieron de motu propio a los servicios de urgencias tanto de Atención Primaria como Urgencias Hospitalarias.

En diciembre 2020 el estudio ComCor (17), un estudio epidemiológico del Instituto Pasteur francés pendiente de publicación, identifica que los contagios tiene lugar en el círculo familiar (33,1%) y en su entorno profesional (28,8%) y que el 44% de las personas infectadas conocía a la persona de origen que los infectó y la mayoría eran conscientes de sus comportamientos de riesgo (no usar máscara o distanciamiento físico no observado, etc.), mientras que el 21% sospechaba un evento en particular sin conocer a la persona que era la fuente de la infección, y que el 35% no sabía cómo se había infectado. En nuestro estudio, casi 7 de cada 10 contactados (68,6%) aseguraban desconocer la fuente del contagio y sólo 1 de cada 11 (10,9%) sí conocía la fuente de contagio.

El tratamiento prescrito fue sintomático (88.1%), usándose paracetamol y antitusivos sobre todo, pues en las fechas de nuestro estudio el ibuprofeno estaba contraindicado aunque no formalmente; incluso la OMS no lo recomendaba aunque comentaba no tener efecto negativo (18).

Con objeto de ampliar la muestra y que esta representara a todos los médicos de la plantilla se optó por un muestreo consecutivo poniendo fecha inicial y final en un marco temporal que permitiera suficiente casuística para cada médico. Asumimos el sesgo que esto implica, aunque el más frecuente en este tipo de muestreo es la no respuesta de los participantes o la falta de interés a contestar las preguntas, cosa que no se dio en nuestro estudio.

CONCLUSIONES

La asistencia telefónica nos ha permitido estar siempre cerca de los pacientes con COVID o con sospecha de su contagio.

El acceso telefónico a todos los pacientes originó, y sigue originando en la actualidad, multitud de llamadas no relacionadas con patologías preexistentes o relacionadas con la COVID-19. Crisis hipertensivas en pacientes no hipertensos previamente; cuadros de ansiedad, depresión e insomnio en relación a la incertidumbre que provoca esta pandemia; jóvenes que siempre han sido reacios a acudir a su médico, ahora consultan con frecuencia los síntomas que van apareciendo. Esta casuística de "patología nueva" es objeto de otro estudio en marcha.

Los Centros de Salud no cerraron nunca, sólo que se trabajó desde los teléfonos a pacientes COVID-19 y al resto de pacientes agudos o crónicos que lo solicitaron, de acuerdo a las normas establecidas por las autoridades sanitarias para impedir que los Centros de Salud se transformaran en lugares de contagio y proteger así a los más vulnerables.

El coronavirus abrió las puertas a un incremento del trabajo a distancia vía telefónica como solución de urgencias. Aunque muchos pensamos que el contacto telefónico con los pacientes ha llegado para quedarse; se aprecia una mejora en la accesibilidad y permite el seguimiento de ciertos pacientes y puede resolver problemas burocráticos tan numerosos en nuestro trabajo, aunque queda por resolver problemas de agendas y el reto de gestionar pacientes complejos. Las consultas presenciales seguirán siendo el núcleo de nuestro trabajo.

Los autores declaran la no existencia de conflictos de intereses. No ha existido financiación para este manuscrito.

BIBLIOGRAFÍA

World Health Organization. (21 january 2020). Novel Coronavirus (1019-nCoV) situation Report-1. URL:https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20200121-sitrep-1-2019-ncov.pdf?sfvrsn=20a99c10_4

- World Health Organization. (5 january 2020). Preparación y respuesta ante emergencias. Neumonías de causa desconocida. China. URL: https://www.who.int/csr/don/05-january-2020-pneumonia-of-unkown-cause-china/es/
- Servicio de prensa de la página web de La Moncloa. URL:https://www.lamoncloa.gob.es/serviciosdeprensa/notasprensa/sanidad14/Paginas/2020/310120coronavirus-gomera.aspx
- Real Decreto 463/2020 de 14 de marzo por el que se declara el estado de alarma para la gestión de la situación de crisis sanitaria ocasionada por el COVID-19. URL: https://www.boe.es/boe/dias/2020/03/14/pdfs/ BOE-A-2020-3692.pdf
- Bágena MJ. La pandemia de COVID-19 a la luz de la historia de la medicina. Revista online Investigación y Ciencia. URL: https://www.investigacionyciencia. es/revistas/investigacion-y-ciencia/el-mundo-ante-lapandemia-800/la-pandemia-de-COVID-19-a-la-luz-dela-historia-de-la-medicina-18665
- Ministerio de Sanidad (2020). Documento de preparación y respuesta al brote. URL: https://www.mscbs. gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov-China/documentos.htm
- Ministerio de Sanidad (2020). Documento técnico. Manejo en atención primaria y domiciliaria del Covid-19. Versión 18 junio 2020. URL:https://www.mscbs.gob. es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/ nCov-China/documentos/Manejo_primaria.pdf
- Ministerio de Sanidad (2020). Documento técnico. Manejo pediátrico en atención primaria del Covid-19. Versión del 18 noviembre 2020. URL: https://www.mscbs.gob. es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/ nCov-China/documentos/Manejo_pediatria_ap.pdf
- Orden de 19 junio 2020, por la que se adoptan medidas preventivas de salud pública en la Comunidad Autónoma de Andalucía para hacer frente a la crisis sanitaria ocasionada por el coronavirus (COVID-19), una vez superado el estado de alarma. Boletín Oficial de la Junta de Andalucía. 2020;39:23-74. URL:https://www.juntadeandalucia.es/boja/2020/539/5
- Greenhalgh T, Kotze K, Van-Der-Westhuizen HM. Are there any evidence-based ways of assessing dyspnoea (breathlessness) by telephone or video; 2020.

- URL:https://www.cebm.net/covid-19/are-thereany-evidence-based-ways-of-assessing-dyspnoeabreathlessness-by-telephone-or-video/
- Fundación Signo. Aprendiendo de Covid-19: La visión de los directivos sanitarios. URL:https://www.fundacionsigno.com/noticia/aprendiendo-de-covid-19-lavision-de-los-directives-sanitarios/20200618192403
- Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria. Documento técnico. Criterios de atención clínica y derivación hospitalaria de pacientes diagnosticados como casos probables de infección por SARS-Cov-2. 2020. URL:https://www.semfyc.es/formacion-y-recursos/criterios-atencion-clinica-pacientes-covid19/
- Ibáñez Barceló S, Alcaraz Clemente L, Del Valle Cebrián F. Experiencia en tiempos de pandemia. Estudiantes y graduados en medicina frente a la COVID-19. Revista Española de Educación Médica. Vol. 1 Núm. 2 (2020). URL:https://revistas.um.es/edumed/article/ view/428851
- Koffman J, Gross J, Etkind SN, Selman L. Uncertainty and COVID-19: how are we to respond? Journal of the Royal Society of Medicine; 2020, Vol. 113(6);211–216. URL: https://doi.org/10.1177/0141076820930665
- Ministerio de Sanidad (2020). Documento técnico. Procedimiento de actuación frente a casos de infección por el nuevo coronavirus (SARS-CoV-2) Actualizado a 11 abril 2020. URL:http://www.aeemt.com/web/ wp-content/uploads/2020/04/Procedimiento_COV-ID_19-11042020.pdf
- 16. Ministerio de Sanidad (2020). Documento técnico. Procedimiento de actuación frente a casos de infección por el nuevo coronavirus (SARS-CoV-2) Actualizado a 16 julio 2020. URL:https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov/ documentos.htm
- 17. Fontanet A, Levy Bruhl D. Etude ComCor. (En prensa). URL:https://francais.medscape.com/voirarticle/3606707
- La OMS actualiza: no recomienda el uso del ibuprofeno para tratar el Covid-19. Revista Infosalus (2020). URL:https://www.infosalus.com/salud-investigacion/noticia-oms-actualiza-no-recomienda-uso-ibuprofeno-tratar-covid-19-20200319144018.html

ORIGINAL BREVE

Evaluación del deterioro funcional del adolescente con trastorno por déficit de atención e hiperactividad y su relación con la dinámica familiar

Ramírez Sandalio N¹*, Medina Estrella MªC¹*, Megías Fernández L²*, Fernández Carazo C³*, Pérez Milena A⁴*

¹Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria

²Médico Interno Residente de Medicina Familiar v Comunitaria

3Pediatra

⁴Doctor en Medicina y Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria

*Centro de Salud El Valle. Jaén

CORRESPONDENCIA

Alejandro Pérez Milena

E-mail: alejandro.perez.milena.sspa@juntadeandalucia.es

Recibido el 04-01-2021; aceptado para publicación el 29-03-2021 Med fam Andal. 2021; 2: 92-99

PALABRAS CLAVE

Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad; Relaciones Familiares; Adaptación Psicológica.

RESUMEN

Título: Evaluación del deterioro funcional del adolescente con trastorno por déficit de atención e hiperactividad y su relación con la dinámica familiar.

Objetivo: conocer el deterioro funcional del adolescente con Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) y su relación con otras variables familiares.

Diseño: estudio descriptivo mediante cuestionario y entrevista familiar.

Población y muestra: adolescentes (12-18 años, TDHA con psicofármacos), excluyendo patología mental/autismo; y cuidador/a principal. Reclutamiento aleatorio, 5 zonas urbanas. Escala de Impedimento Funcional de Weiss (WFIRS-P) para medir deterioro funcional. Otras variables: edad, sexo, ansiedad del cuidador (cuestionario Goldberg), estructura y función familiar (test Apgar-Familiar). Análisis descriptivo y bivariante. Consentimiento informado.

Resultados 38 adolescentes (77% hombres; edad 13,9años±1,6; 1,3±0,6 hermanos; 46% primogénitos). Deterioro funcional 67%: familiar 46%, aprendizaje 77%, habilidades vitales 54%, autoconcepto 8%, actividades sociales 23% y de riesgo 8%. Ambos progenitores (54%) o la madre (39%) son los principales cuidadores. Las diferentes áreas de deterioro se influyen por sexo (p<0,01 ANOVA) y edad (p=0,078 X^2) del adolescente y sexo del cuidador (p<0,02 X^2). La ansiedad en los cuidadores (62%) se relaciona con mayor deterioro funcional en todas las áreas (p=0,057 X^2). La disfunción familiar (16% adolescentes, 33% cuidadores) no se relaciona con el WFIRS-P.

Conclusiones: el deterioro funcional del adolescente con TDHA es elevado, sobre todo en las áreas de Familia, Aprendizaje y Habilidades. La percepción de la dinámica familiar está relacionada y difiere entre menores y progenitores, con relación con la ansiedad de madres/padres.

KEYWORDS

Attention Deficit Hyperactivity Disorder; Family Relationships; Adaptation, Psychological.

ABSTRACT

Title: Assessment of functional impairment in adolescents with attention deficit hyperactivity disorder and its relationship to family dynamics.

Aim: To determine the functional impairment in adolescents with attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) and its relationship with other family variables.

Design: A descriptive study using a questionnaire and family interview.

Population and sample: Adolescents (12 to 18 yearolds, with ADHD, on psychotropic medication), excluding mental pathology/autism; and primary caregiver. Random recruitment, 5 urban areas. Weiss Functional Impairment Rating Scale (WFIRS-P) to measure functional impairment. Other variables: age, sex, caregiver anxiety (Goldberg questionnaire), family structure and function (Apgar Family Test). Descriptive and bivariate analysis. Informed consent.

Results: 38 adolescents (77% men; age 13.9 years \pm 1.6; 1.3 \pm 0.6 siblings; 46% first-born). Functional impairment 67%: family 46%, learning 77%, life skills 54%, self-concept 8%, social activities 23% and high-risk activities 8%. Both parents (54%) or the mother (39%) were the main caregivers. The different areas of impairment were influenced by sex (p<0.01 ANOVA) and age (p=0.078 X^2) of the adolescent and sex of the caregiver (p<0.02 X^2). Anxiety in caregivers (62%) was associated with greater functional impairment in all areas (p=0.057 X^2). Family dysfunction (16% adolescents, 33% caregivers) was not associated with WFIRS-P.

Conclusions: The functional impairment of adolescents with ADHA is high, especially in the areas of family, learning and skills. The perception of family dynamics is related to the anxiety of mothers/fathers, and differs between minors and parents.

INTRODUCCION

El Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDHA) es un trastorno multifacético y heterogéneo que varía ampliamente tanto en las formas en las que se manifiesta como en la intensidad de las repercusiones que provoca. La prevalencia estimada oscila según los criterios diagnósticos utilizados, oscilando entre un 2-15% y constituyendo el desorden más común en edad escolar¹. En España la prevalencia máxima se da de los 6 a los 9 años de edad, suponiendo un 5% de los niños en edad escolar, con síntomas que persisten en la adolescencia en un 60-85% de los casos². Hasta un 11% de los menores de 18 años atendidos en las Unidades de Salud Mental Comunitaria y el 29% de los atendidos en las Unidades de Salud Mental Infanto-Juveniles de Andalucía eran pacientes con diagnóstico del TDAH³.

Este problema de salud está frecuentemente ligado a trastornos del estado de ánimo, de ansiedad y de conducta¹. El Servicio Andaluz de Salud recomienda evaluar de forma anual el control de síntomas, así como la presencia y gestión de efectos adversos en los adolescentes con TDAH dado que sufrir esta patología en la adolescencia puede provocar un deterioro funcional, afectando frecuentemente las habilidades académicas o sociales, o bien generar una disfunción familiar, con pautas inadecuadas de relación que provoquen un deterioro mental o físico de los miembros de la familia. Se ha comprobado entre padres/madres de adolescentes con TDAH la existencia de un mayor número de estrategias de afrontamiento centradas en la evitación frente a los problemas de sus hijos así como la necesidad de encontrar apoyos externos a su situación familiar4. El deterioro funcional afecta a un amplio porcentaje de adolescentes con TDHA^{5,6} aunque no queda claro si este problema afecta a la vivencia familiar de los adolescentes⁷. El presente estudio plantea conocer la relación entre el deterioro funcional del adolescente con TDHA y la existencia de disfunción familiar.

SUJETOS Y MÉTODOS

Se diseña un estudio descriptivo transversal mediante cuestionario. El estudio se realiza

en cinco centros de salud urbanos, donde se atienden aproximadamente a una población de 10.000 menores de 20 años. Se escogen para el reclutamiento aquellos adolescentes con edades comprendidas entre los 12 y 18 años, que tengan un diagnóstico de TDAH en su historia de salud digital y que esté en tratamiento con psicofármacos específicos para este trastorno. Se excluyen los menores diagnosticados de algún trastorno de salud mental grave, trastorno del espectro autista o cualquier otra enfermedad física o psíquica grave o muy grave que le impida realizar en la encuesta. También participará en la encuesta el cuidador/a principal dentro del hogar (madre, padre o tutor legal), identificado tras el primer contacto telefónico para el reclutamiento. Se estima un tamaño de muestra mínimo de 82 adolescentes (seguridad 95%, precisión 5%, prevalencia 5%, pérdidas 15%).

Se recoge edad, sexo, nivel de estudio y situación laboral del cuidador/a principal, su opinión sobre el deterioro funcional del menor y su nivel de ansiedad. El deterioro funcional del adolescente se valora mediante la Escala de Impedimento Funcional de Weiss para padres/madres (WFIRS-P), que aporta sólidas propiedades psicométricas independientemente de la edad y del informante³. Recoge la opinión del cuidador/a principal sobre el deterioro funcional del niño en el último mes en seis dominios: familia, aprendizaje y escuela, habilidades vitales, autoconcepto del niño, actividades sociales y actividades arriesgadas. El criterio para la existencia de deterioro en cualquier dominio es al menos dos ítems calificados con 2, un ítem calificado con 3 o una puntuación media superior a 1,5. La ansiedad se valora con el cuestionario de Goldberg (punto de corte ≥4). Al adolescente se le pregunta sobre edad y sexo, estructura y función familiar. El test de Apgar-familiar valora la percepción subjetiva del adolescente sobre su dinámica familiar, puntuando la disfunción familiar grave de 0 a 3 puntos y la leve de 4 a 6 puntos.

A partir de los listados obtenidos del servicio de farmacia del Distrito Sanitario se seleccionan los adolescentes que cumplen criterios de inclusión, realizando un total de hasta tres llamadas telefónicas para su reclutamiento en el estudio. Los pediatras y médicos de familia de referencia fueron informados mediante carta para poder dar respuesta a las preguntas de los pacientes

reclutados. El cuestionario se pasa en una entrevista familiar a adolescente y cuidador/a, de aproximadamente 45 minutos de duración, en una consulta del Centro de Salud a que pertenecen. Los entrevistadores/as son médicos internos residentes de Medicina Familiar formados previamente para la dirección de la entrevista.

Análisis de datos

Se calculan porcentajes e intervalos de confianza del 95% (IC95%). Análisis bivariante para valorar el perfil del adolescente con deterioro funcional, empleando pruebas de X^2 para variables cualitativas y la t de Student o la ANOVA para variables cuantitativas. Se aplica el índice de Kappa para valorar la concordancia entre la percepción familiar del adolescente y la presencia de problemas según los cuidadores.

Aspectos éticos

El estudio cuenta con la aprobación del Comité de Ética de Investigación de Jaén. Adolescentes y cuidadores reciben información detallada por parte del investigador que administra la encuesta (médico residente de MFyC), asegurando la confidencialidad y anonimidad en aplicación del Reglamento UE 2016/679 del Parlamento Europeo y la Ley Orgánica 3/2018. Se entrega una hoja de información del estudio, recogiendo la firma para un consentimiento informado a cuidadores y asentimiento informado a los menores. El acceso a las historias clínicas se realiza siempre mediante identificación personal y se informa sobre los derechos ARCO. Se crea una base de datos anonimizada donde los menores no pueden ser reidentificados.

RESULTADOS

De un total de 175 pacientes diagnosticados de TDAH, 96 cumplen criterios de inclusión. De ellos, sólo 50 familias atienden la llamada telefónica y 38 aceptan participar en el estudio. Los adolescentes reclutados son en su mayoría hombres (77%), con una media de edad de 13,9 años (±1,6). El 46% de ellos son primogénitos y tienen una media de 1,3 (±0,6) hermanos.

El uso de la escala WFIRS-P muestra un adecuado coeficiente de consistencia interna (Alfa de Cronbach=0,851). Se detecta un deterioro funcional en el 67% de los adolescentes encuestados (figura 1). Entre los dominios que más frecuentemente presentan este deterioro, se encuentran el aprendizaje y la escuela (77%), las habilidades vitales (54%) y la familia (46%). En menor proporción se encuentra en los dominios de actividades sociales (23%), autoconcepto (8%) y actividades de riesgo (8%). En la tabla 1 se describen las características de adolescentes y cuidadores/as en cada dominio de deterioro funcional medido según la escala WFIRS-P. La media de edad es

Figura 1. Prevalencia del deterioro funcional en cada dominio de la escala de Impedimento Funcional de Weiss para padres (WFIRS-P)

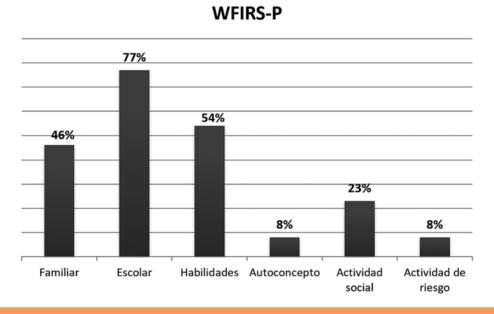


Tabla 1. Características de adolescentes y cuidadores/as según el área con deterioro funcional valorada con la escala de Impedimento Funcional de Weiss para padres (WFIRS-P)

	Dominios de deterioro funcional (WFIRS-P)						
	Familia	Aprendizaje y escuela	Habilidades vitales	Autoconcepto	Actividades sociales	Actividades arriesgadas	
Adolescente						_	
Edad (años) (*)	13,0±1,4	14,0±2,1	16,5±1,1	13,5±0,7	12,0±1,4	15,3±1,7	
Sexo (†)							
• Mujer	33%	33%	33%	33%	33%	0%	
 Hombre 	50%	70%	40%	0%	20%	10%	
Disfunción familiar							
Con deterioro	17,3%	12,5%	20%	0%	0%	0%	
Sin deterioro	0%	0%	0%	8%	10%	8%	
Cuidador/a							
Sexo (mujer) (‡)	40%	60%	40%	20%	40%	0%	
Ansiedad (§)							
Con deterioro	83%	62%	80%	100%	100%	100%	
Sin deterioro	43%	60%	50%	58%	50%	53%	

Diferencias significativas con: (*) p<0,01 test ANOVA de 1 vía. (†) p=0,078 test X2 (‡) p<0,02 test X2 (§) p=0,057 test X2

más elevada cuando existe un deterioro de las habilidades vitales y las actividades arriesgadas, mientras que es inferior en el deterioro de las actividades sociales, el autoconcepto y la familia (p<0,01 test ANOVA de 1 vía).

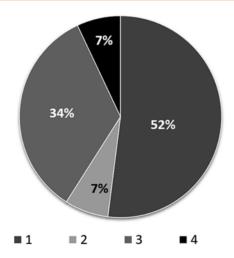
De igual forma, la distribución por sexos es diferente según los dominios afectados: es más frecuente en mujeres el deterioro en el autoconcepto mientras que en hombres es muy marcada la diferencia en familia, aprendizaje y escuela, y actividades arriesgadas. Los valores del test de Apgar familiar muestran que el 86% de los adolescentes perciben una buena función familiar, mientras que el restante 7% indica disfunción de tipo leve. Sólo las adolescentes mujeres con deterioro en los dominios de familia, escuela y habilidades vitales perciben una disfunción familiar, mientras que en los varones ocurre en el autoconcepto, actividades sociales y actividades arriesgadas (tabla 1, sin diferencias significativas).

En la mayoría de los casos (54%) tanto madre como padre asumen el rol de cuidador de forma

conjunta. En un 39% la madre es quien toma las decisiones con respecto al hijo/a con TDAH mientras que el padre asume esta responsabilidad en solitario en un 7%. Las madres en solitario son las cuidadoras más presentes cuando existe un deterioro del aprendizaje y la escuela, mientras que los padres en solitario desempeñan el rol de cuidador cuando hay deterioro del autoconcepto y las actividades arriesgadas (tabla 1, p=0,078 test X^2). Un 61,5% de los cuidadores obtuvieron resultados propios de ansiedad con el cuestionario de Goldberg. Estos síntomas de ansiedad fueron más frecuentes cuando quien toma las decisiones es el padre (100%), menores si las adopta la madre (80%) e inferior si ambos colaboran (43%) (p<0,05 test X^2).

El 93% de las familias son nucleares, siendo las restantes familias monoparentales. El padre trabaja en un 93% de los casos, con estudios superiores en un 66% de los casos. Un 67% de las madres tienen actividad laboral, y el 69% tienen estudios superiores. Los adolescentes perciben una disfunción familiar solo en un 14% de los casos, frente al 46% de deterioro en el área familiar

Figura 2. Concordancia del deterioro funcional en el área de la familia detectado por cuidadores frente a la percepción de dinámica familiar y apoyo social del adolescente



Índice Kappa 0,054.

- (1) Función familiar normal según el adolescente sin deterioro funcional familiar según cuidador.
- (2) Disfunción familiar según el adolescente sin deterioro funcional familiar según cuidador.
- (3) Función familiar normal según el adolescente con deterioro funcional familiar según cuidador.
- (4) Disfunción familiar según el adolescente con deterioro funcional familiar según cuidador.

declarado por los cuidadores, no coincidiendo la opinión de ambos en un 41% (pobre concordancia entre cuestionarios con índice kappa 0,045) (figura 2). La percepción de mala función familiar por el adolescente no se relaciona con edad, sexo, ansiedad de los cuidadores ni con el deterioro funcional. Sin embargo, la percepción por parte de los cuidadores de una situación familiar con problemas es superior si las decisiones las toma el padre (100%) e inferiores si se ocupa la madre (20%) o ambos (14%) (p<0,01 test X^2).

DISCUSIÓN

El estudio muestra cómo un amplio porcentaje de los menores con TDAH y tratamiento farmacológico presentan deterioro funcional en las áreas del aprendizaje y la escuela, las habilidades y la familia. Los resultados en otros estudios coinciden con estos hallazgos⁵ indicando la relación con el diagnóstico de TDAH de tipo combinado o hiperactivo-impulsivo, ser hombre y ser más joven tiene efectos negativos moderados en las puntuaciones WFIRS-P basales. Existe mayor coincidencia en valorar este problema como uno de los trastornos con mayor impacto en el desarrollo y la vida del niño, de su familia y su entorno en general^{2,6}. El menor con TDAH y sus padres desarrollan habilidades y estrategias diferentes para vivir con esta enfermedad en el ámbito familiar y en el contexto social, creando para ello una vida familiar estable y estructurada que evite conflictos dentro de la familia y ayude a gestionar su vida diaria⁷. Los datos obtenidos muestran que el deterioro del dominio de la familia es más prevalente en adolescentes de más corta edad y de forma predominante en hombres. Sin embargo, la percepción de una disfunción familiar solo ocurre entre las mujeres adolescentes. Estos datos contradictorios evidencian la falta de coincidencia sobre las vivencias familiares; la percepción de disfunción familiar del adolescente no corresponde con las situaciones problemáticas detectadas por sus progenitores. Aunque un reciente estudio indica que las familias con TDAH presentan un funcionamiento familiar disfuncional con una tipología rígida, separada y un vínculo parental basado en el control sin afecto8, el presente estudio demuestra una amplia mayoría de adolescentes que perciben una adecuada dinámica familiar, como ocurre en la población adolescente general⁹, y una visión de los problemas familiares condicionada por aspectos emocionales en los progenitores.

La corresponsabilidad en la toma de decisiones sobre el hijo/a con TDAH implica menor ansiedad para los cuidadores y menor presencia de deterioro funcional. Sin embargo, la atención del menor en solitario, sobre todo para los padres, supone una mayor carga emocional y un riesgo para el deterioro funcional en dominios como el autoconcepto (sobre todo en mujeres adolescentes) y las actividades arriesgadas (en este caso, en hombres). Una revisión sistemática encontró una elevada complejidad de las experiencias de crianza de los padres y madres, muy influenciadas por la culpa, la esperanza, la culpa, la estigmatización, el agotamiento, la reconciliación y la colaboración profesional¹⁰. Otra revisión⁴ muestra diferentes estrategias de afrontamiento del problema según el género del progenitor: los padres utilizaban más estrategias de afrontamiento centradas en la evitación mientras que las madres buscaron más apoyo externo a la familia y utilizaron medios más institucionales. Es importante valorar la alta carga de ansiedad que experimentan los padres y madres como cuidadores de un adolescente con TDAH en su lucha por hacer frente a los síntomas del niño en medio de las actitudes estigmatizantes de la familia y los miembros de la comunidad. Las intensas emociones y el deterioro de sus relaciones sociales y ocupacionales pueden encontrarse detrás de casos de difícil abordaje¹¹.

Limitaciones y futura investigación

El uso del cuestionario WFIRS-P puede generar un sesgo de autodefensa y de aceptabilidad social al introducir la subjetividad de los progenitores, siendo la causa del pequeño tamaño de muestra obtenido que limita la inferencia poblacional de los resultados. La causa más frecuente para rechazar la participación es la desconfianza de los progenitores sobre la confidencialidad de los datos y el no ser captado para el estudio por su pediatra/médico habitual. Para las familias reclutadas, no obstante, el entorno cercano y de confianza favorece respuestas sinceras para un cuestionario útil para identificar la gravedad y

hacer un seguimiento^{6,8,12}. No siempre los síntomas del TDAH y la afectación real llevan caminos paralelos⁶, por lo que diferentes guías y autores recomiendan evaluar periódicamente, y al menos de forma anual, el impacto del TDAH en el niño y familia de forma estructurada empleando la escala utilizada en esta investigación³. Sería preciso, además, profundizar en la repercusión del deterioro funcional en la dinámica familiar desde la perspectiva dual de adolescentes con TDAH y progenitores.

Implicaciones prácticas y conclusiones

La presencia de deterioro funcional en el adolescente con TDAH que precisa tratamiento farmacológico es elevada y llamativa en el área de la familia, aunque los menores perciben una dinámica familiar similar a la población adolescente general9. De hecho, la mala percepción de la función familiar en adolescentes no se corresponde con la opinión de los progenitores, influida por la presencia de ansiedad que le generan los cuidados parentales. En este entorno, todos los miembros de la familia necesitan apoyo antes de que sus problemas se vuelvan demasiado graves⁷ por lo que la atención familiar a estos pacientes se presenta como indispensable. Si la mejora de las habilidades cognitivas y conductuales de un adolescente con TDAH se traduce en un mejor funcionamiento familiar y social2, una correcta atención familiar identificaría los recursos y necesidades individuales y evitaría el deterioro funcional 6,7,9. Se ha demostrado la utilidad de una intervención multicomponente¹³ y otros programas multidisciplinares basados en un diálogo continuo entre menores, familias, profesionales sanitarios y educadores, favoreciendo la autonomía del adolescente y la correcta dinámica familiar²⁻⁴.

Conflicto de intereses

Ninguno.

Agradecimientos

A las familias que se ha prestado de forma desinteresada a colaborar en el estudio.

Financiación

Dos de los autores pertenecen al grupo de trabajo del adolescente de SAMFyC. El trabajo de investigación se ha realizado con la ayuda económica de la beca de investigación "Isabel Fernández" de la Sociedad Andaluza de Medicina Familiar y Comunitaria (Referencia 165/18) para proyectos de investigación de médicos internos residentes, obtenida en el año 2018.

BIBLIOGRAFÍA

- Mohammadi MR, Zarafshan H, Khaleghi A, Ahmadi N, Hooshyari Z, Mostafavi SA, et al. Prevalence of ADHD and Its Comorbidities in a Population-Based Sample. J Atten Disord. 2019; 13:1087054719886372.
- Soutullo C, Alda JA, Bonet T, Cardo E, Casas M, Cobos A, et al. Informe PANDAH (Plan de Acción en TDAH) sobre el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad en España. 2013. Disponible en: http://feaadah. org/es/difusion/winarcdoc.php?id=774 (accedido 31/10/20)
- Protocolo de abordaje del TDAH en el Sistema Sanitario Público de Andalucía. Junta de Andalucía, Consejería de Salud 2017. Disponible en: https://redtdah.org/wpcontent/uploads/2019/05/Protocolo-Salud-TDAH-Andaluc%C3%ADa.pdf (accedido 31/10/20)
- Craig F, Savino R, Fanizza I, Lucarelli E, Russo L, Trabacca A. A systematic review of coping strategies in parents of children with attention deficit hyperactivity disorder (ADHD). Res Dev Disabil. 2020; 98:103571.
- Coghill DR, Werner-Kiechle T, Farahbakhshian S, Bliss C, Robertson B, Huss M. Functional impairment outcomes in clinical trials of different ADHD medications: post hoc responder analyses and baseline subgroup analyses. Eur Child Adolesc Psychiatry. 2020; 20.
- Weiss M. The Unique Aspects of Assessment of ADHD. Primary Psychiatry. 2010; 17: 21-5.
- Moen ØL, Hall-Lord ML, Hedelin B. Living in a family with a child with attention deficit hyperactivity disorder: a phenomenographic study. J Clin Nurs. 2014; 23:3166-76.
- 8. Montejo JE, Durán M, Del Mar Martínez M, Hilari A, Roncalli N, Vilaregut A, et al. Family Functioning and Parental Bonding During Childhood in Adults Diagnosed With ADHD. J Atten Disord. 2019; 23:57-64.
- Mesa Gallardo I. Cambios en la estructura y en la función familiar de los adolescentes en los últimos 13 años (1997-2010) y su relación con el apoyo social [tesis doctoral]. Departamento de Enfermería: Universidad de Huelva; 2017.

- Laugesen B, Lauritsen MB, Jørgensen R, Sørensen EE, Rasmussen P, Grønkjær M. Living with a child with attention deficit hyperactivity disorder: a systematic review. Int J Evid Based Healthc. 2016; 14:150-65.
- 11. Mofokeng M, van der Wath AE. Challenges experienced by parents living with a child with attention deficit hyperactivity disorder. J Child Adolesc Ment Health. 2017; 29:137-45.
- 12. Weiss MD, McBride NM, Craig S, Jensen P. Conceptual review of measuring functional impairment: findings from the Weiss Functional Impairment Rating Scale. Evid Based Ment Health. 2018; 21:155-64.
- 13. Presentación MJ, Pinto V, Meliá A, Miranda A. Efectos sobre el contexto familiar de una intervención psicosocial compleja en niños con TDAH. Escritos de Psicología 2009; 2:18-26.

REPASANDO EN AP

La entrevista clínica al adolescente en atención primaria

Pírez Mora G

Psiquiatra Infanto-Juvenil. Psicoterapeuta y terapeuta familiar.
Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil
de Vecindario, Las Palmas, España

CORRESPONDENCIA

Guillermo Pírez Mora E-mail: guillermo.pirez@hotmail.es

Recibido el 02-06-2021; aceptado para publicación el 06-07-2021 Med fam Andal. 2021; 2: 100-103

Realizar una entrevista clínica a un/una adolescente supone un sobresfuerzo para conseguir captar la atención de aquella persona a quien queremos ayudar, y generar un ambiente de confianza necesario para que la entrevista no se limite de forma ineficiente respondiéndonos con monosílabos. El máximo exponente del fracaso sería que nos responda única y exclusivamente aquello que nosotros queramos oír.

Los jóvenes serán nuestros pacientes más exigentes, ya que se caracterizan por tener una sensibilidad exquisita para identificar en nosotros nuestra aceptación o rechazo, incluso antes de que nosotros/as mismos podamos ser conscientes de ello. Sus intereses, objetivos vitales, aficiones, temas de conversación e ideologías, en la mayoría de los casos distarán enormemente de los nuestros. Incluso en ocasiones, podremos llegar a estar en total desacuerdo con sus motivaciones.

Algunos autores parten de la premisa de que es necesario que nos guste y deseemos tratar con adolescentes¹, cuestión ampliamente debatible, dado que en muchas ocasiones ninguna de las dos partes tiene capacidad de elección.

No obstante, resulta incuestionable el hecho de que para que podamos lograr captar adecuadamente su atención efectiva y conseguir una adecuada relación terapéutica, es condición *sine quanon* conocer las herramientas necesarias y saber aplicarlas.

DEL "PASADO" AL "PRESENTE"

Pasado

El enfoque clásico de entrevista (que en muchas ocasiones puede emanar instintivamente de nuestro interior), estará abocándonos al fracaso más absoluto. Éste nace de la experiencia vital y laboral, de nuestras vivencias y nuestro conocimiento profesional como expertos en Medicina, habituados a realizar numerosas entrevistas clínicas diariamente. Hablamos de la relación terapéutica en vertical. Este se fundamenta en considerar al individuo a entrevistar (paciente) como el portador de un problema, o incluso en muchas ocasiones, como el problema en sí mismo. Así se erige al profesional sanitario como experto del conocimiento, y el adolescente pasaría a ser un sujeto pasivo de nuestra intervención. Según este enfoque, inconscientemente nuestro objetivo primario será obtener la información necesaria para emitir un diagnóstico y pautarle un tratamiento (bien sea farmacológico o no).

Este tipo de intervención está abocada a la ineficacia terapéutica desde su base².

Presente

En contraposición, los nuevos modelos de entrevista (ya aplicados desde hace varios lustros) conciben a los individuos (también denomina-

dos pacientes, y quienes en nuestro caso serán los adolescentes), como una parte activa de su propio proceso de cambio. Se trata de una **relación terapéutica horizontalizada**: el médico es un profesional sanitario (nunca un "colega") y el adolescente busca información para poder tomar las decisiones más correctas para su salud. Este es el **modelo colaborativo**. Es el paradigma de la eficacia en la entrevista al adolescente. Sus características se describen a continuación:

- En el modelo colaborativo se favorece el empoderamiento, ayudando al adolescente a alcanzar varios targets:
 - 1. Identificar adecuadamente su problema y los condicionantes del mismo,
 - 2. Analizar las posibles soluciones y
 - 3. Guiarle para que realice la elección idónea.
- La existencia de un flujo de información bidireccional será un requisito básico. Se proporciona la información útil y necesaria para el adolescente, teniendo en cuenta que él/ella mismo/a nos orientará acerca de qué información le resulta útil. Se concibe al adolescente como un/a experto/a en sí mismo/a.
- La entrevista es un proceso dinámico, en constante evolución: el médico va modulando la información clínica que le comunica al adolescente, en función a las respuestas obtenidas del mismo. La información que vamos recibiendo, será procesada por nuestra parte para así poder individualizar de la forma más precisa posible nuestras intervenciones.
- En el caso de que ofrezcamos algún consejo, siempre se fundamentará en las necesidades del/la adolescente.

Los objetivos para alcanzar y los beneficios que nos reportará son:

- Nos permite recopilar información válida
- Genera cercanía y confianza con el paciente, ofreciéndole información personalizada, fomentando su autonomía.

- Crearemos adolescentes operativos, con una adecuada capacidad para tomar sus propias decisiones de forma razonada ¹. Lo opuesto, sería intentar tratar de persuadirle.
- En resumen, nuestro principal objetivo será ayudarle a decidir por sí mismo.

CONDICIONES NECESARIAS

Los ingredientes necesarios para que nuestra intervención sea exitosa son:

- Interés genuino por ayudar,
- Tiempo (tan frecuentemente escaso en nuestro día a día en la consulta) y escucha activa, intentando fomentar la espontaneidad del discurso, dejándole hablar libremente (con las interrupciones mínimas necesarias)¹, y
- Experiencia profesional (conforme más nos esforzamos, ésta irá incrementándose exponencialmente).

FACTORES DECISIVOS

1. CONFIDENCIALIDAD Y DERECHO A LA INTIMIDAD

Sin esta premisa, no habrá relación terapéutica. Nos encontraremos ante un/una adolescente "bloqueado/a" que no participará de forma activa en nuestra valoración. Se limitará a responder monosilábicamente "sí" o "no", o incluso puede llegar a negarse a respondernos. Obviamente la encrucijada como terapeutas se creará cuando la demanda de los progenitores vaya en contra de la intimidad del/la adolescente. El/la adolescente, ha de tener diáfanamente claro que nunca romperemos la confidencialidad; únicamente nos veremos en la obligación legal de transgredirla cuando se priorice un riesgo vital hacia el propio adolescente o a terceros.

Se recomienda que, previamente a la devolución con los padres, **consensuemos** con el adolescente la información que vayamos a proporcionarles a ellos.

2. CONFIANZA

La RAE la define como la "Esperanza firme que se tiene de alguien o algo"³. Obviamente, el/la adolescente deberá confiar en nosotros; si no, no existirá eficacia alguna en nuestra intervención. Pero no debemos olvidarnos de confiar también nosotros en él/ella, aceptándole/a incondicionalmente (conviene destacar que esto no implica dar por válida su conducta, sino a él/ella como individuo). Si ambos dos factores sí se presentan, finalmente el propio adolescente podrá confiar en sí mismo/a.

Debemos hacerle saber que sí somos capaces de entender lo que le sucede, independientemente de nuestra opinión acerca de su conducta⁴.

3. EMPATÍA

Según la RAE, empatía significa: << Sentimiento de identificación con algo o alguien>>5. Si nos limitamos a cumplir con la definición de la RAE, fracasaremos ya que estaremos poniéndonos en su lugar, pero razonando en relación con nuestras propias vivencias. Ser empático supone "acceder a la subjetividad de la persona con la que estamos trabajando"; así conseguiremos convertirnos "en la *caja de resonancia* de sus emociones... haciéndonos eco de sus vivencias"6. No conviene confundir la empatía (nos ayudará) con la simpatía (nos sesgará en nuestra intervención). Para ser empático debemos "ponernos en la piel" del otro, con sus vivencias; en cambio, el hecho de ser simpático conlleva una inclinación afectiva a favor de alguien, y esto inevitablemente nos dificultará realizar una correcta entrevista clínica y por ende una adecuada valoración^{7,8}.

4. VÍNCULO TERAPÉUTICO

Es la esencia de la relación terapéutica. A pesar de que serán los padres del adolescente quienes decidirán en primera instancia si nuestra intervención tendrá continuidad o no; serán los propios adolescentes quienes nos permitirán que seamos sus profesionales sanitarios de referencia. Para ayudar al menor, hemos de obtener la aceptación de los padres, pero nuestro objetivo real ha de ser ganarnos la plena **confianza** del/la adolescente.

TÉCNICAS ÚTILES

A continuación se describen las técnicas de entrevista más relevantes:

Preguntas facilitadoras:

Con ellas le hacemos saber que otras personas también han pasado o están pasando por la misma situación anómala. Saber que "todo lo malo no sólo me pasa a mí", en ocasiones puntuales alivia bastante. Son específicamente útiles a la hora de tratar temas delicados para el adolescente (sobre todo aquellos con gran carga emocional)¹.

Reflejo simple o paráfrasis:

Es una técnica de escucha activa que consiste en repetir o reformular una idea que previamente ha expresado nuestro/a paciente. Ayuda a sentirse entendido, reforzando la conexión médicopaciente y la confianza entre ambos^{8,9}.

Clarificación:

Consiste en aclarar un concepto ambiguo, pidiéndole a nuestro/a adolescente que especifique el significado concreto de una palabra o concepto^{8.9}.

Recapitulación:

Sintetizar lo referido por el/la paciente enfatizando lo más importante. Especialmente útil al final de las entrevistas, así nos aseguraremos de haberle entendido correctamente y además nos proporcionará un resumen de los puntos estratégicos^{8,9}.

RECOMENDACIONES BÁSICAS APLICA-BLES EN LA PRÁCTICA CLÍNICA

• Las preguntas abiertas al comienzo de la entrevista le ayudarán al adolescente a realizar una adecuada toma de contacto, que incremente su confianza hacia nosotros, conformándose un entorno amable y directivo, no cuestionador. De esta forma conseguiremos que las respuestas no se limiten a simples "sí" o "no"; no nos encontraremos ante un "interrogatorio" y el adolescente se podrá explicar libremente e incluso reflexionar en voz alta".

- Huir del modelo directivo de información: posiciona al médico como experto, crea distancias irrecuperables y nos hace perder información relevante.
- La previsión de cualquier adolescente es que le vayan a "dar la chapa"; están esperando que les "echemos la bronca" o les "comamos la bola", del mismo modo que ya han hecho sus padres previamente. Convertirnos en simples repetidores del discurso de sus padres es un error imperdonable que inevitablemente hipertrofiará las barreras intergeneracionales preexistentes, más todavía. Evitar caer en este error tan común, nace de la empatía.
- No confundir relación terapéutica con amistad¹⁰.
- "Rodar con las resistencias" intrínsecas de los adolescentes nos ayudará a reforzar el vínculo terapéutico. Se sentirán escuchados de forma genuina (quizá por primera vez en mucho tiempo). Reconocer y reflejarle sus propias objeciones a nuestra intervención, potenciará un pensamiento crítico. Esta nueva perspectiva le ayudará a concebir con más realismo la posibilidad real de cambio, fomentándose así una búsqueda activa de soluciones¹.
- Las preguntas concretas nos ayudarán (a lo largo de la entrevista) a perfilar el tema, generar confianza e incluso favorecer la comunicación de temas sensibles (miedo, culpa, vergüenza...)⁹.
- No enjuiciar, ya que la adolescencia se rige por la ambivalencia. Por ejemplo, para nosotros resulta una obviedad que las conductas de riesgo se deben evitar; el adolescente, dudará acerca de la posibilidad de cambio.
- No etiquetar al adolescente, ofreciéndole un espacio en el que resolver sus dudas sin ser cuestionado ni criticado, le será de gran ayuda.
- No diagnosticar antes de finalizar la entrevista. Será la propia evolución de la entrevista la que nos guiará en el proceso diagnóstico. Al final del proceso evaluador determinaremos la existencia o no de un trastorno, su intensidad y repercusión, la concomitancia clínica y la necesidad de tratamiento y/o derivación a otro especialista.

 Fomentar y aprovechar la motivación: Los deseos (como motor de cambio), y la búsqueda incesante de una proyección vital (desarrollo personal), serán el combustible del cambio. "Trabajar con adolescentes es ser cultivadores de deseos"1.

FINANCIACIÓN

El autor declara no haber recibido financiación para la realización de este artículo.

CONFLICTO DE INTERESES

El autor declara no tener ningún conflicto de intereses.

BIBLIOGRAFÍA

- Ruiz Lázaro PJ. La entrevista clínica al adolescente. JANO. 2009. https://www.academia.edu/6910916/ Desarrollo_profesional_La_entrevista_cl%C3%ADnica_ al_adolescente [Consultada el 14 de mayo de 2021]
- World Human Organization (WHO). Sabaté E et al. Adherence to Long-Term Therapies: Evidence for Action. 2003. https://www.who.int/chp/knowledge/publications/adherence_full_report.pdf?ua=1. [Consultada el 14 de mayo de 2021]
- Real Academia Española (Asociación de Academias de la Lengua Española). https://dle.rae.es/confianza. [Consultada el 21 de mayo de 2021].
- 4. Covey S. La velocidad de la confianza. Paidós; 2012
- Real Academia Española (Asociación de Academias de la Lengua Española): https://dle.rae.es/empat%C3%ADa. [Consultada el 21 de mayo de 2021].
- Ortigosa Quiles JM, Méndez Carrillo FX. Procedimientos terapéuticos en niños y adolescentes. Ediciones Pirámide (Grupo Anaya); 2014.
- Borrell F. Empatía, un valor troncal en la práctica clínica. Med Clin. 2011;136(9):7. https://doi.org/10.1016/j. medcli.2009.06.032
- 8. Miller W, Rolnick S. La Entrevista Motivacional: Ayudar a las personas a cambiar. Paidós; 2013.
- Rodríguez Vega B et al. Habilidades de entrevista para psicoterapeutas. Bilbao: Editorial Desclée de Brouwer, S.A.; 2004.
- Kanfer FH,Goldstein AP. (Eds.). Pergamon general psychology series, Vol. 52. Helping people change: A textbook of methods (4th ed.). Pergamon Press; 1991.

ARTÍCULO DE REVISIÓN

Los aspectos éticos de la notificación de eventos adversos y la gestión de los riesgos: más allá de la seguridad del paciente

Perestrello Salas R1, Gilabert García-Pelayo E2

¹Medicina Familiar y Comunitaria. Distrito de Atención Primaria Bahía de Cádiz- La Janda. Comité de ética Asistencial Bahía de Cádiz- La Janda. Cádiz. España

²Medicina Familiar y Comunitaria. Distrito de Atención Primaria Bahía de Cádiz- La Janda. Cádiz. España.

CORRESPONDENCIA

Rafael Perestrello Salas E-mail: rperestrello@hotmail.com

Recibido el 03-03-2021; aceptado para publicación el 12-05-2021 Med fam Andal. 2021; 2: 104-116

RESUMEN

El avance y la mejora continua en la atención sanitaria precisan del desarrollo de la cultura de la Seguridad del paciente para la búsqueda de la mayor calidad. De este modo, es necesario el desarrollo de estrategias para promover la actitud positiva de aprender de los errores y desarrollar prácticas seguras. Es clave disponer de un sistema eficaz de notificaciones de los eventos adversos y gestión de los riesgos para su evaluación, reparación y prevención. La implicación de los profesionales y las autoridades sanitarias son necesarias para el buen funcionamiento de los mecanismos implicados en la notificación y la gestión de estos incidentes y eventos adversos. Dicha comunicación y actitud de mejora continua están cimentados en los valores éticos fundamentales de no dañar al paciente, de buscar su beneficio, de respetar su autonomía y de mantener la justicia en todas las actuaciones sanitarias.

Palabras clave: ética, eventos adversos, seguridad del paciente, gestión de riesgos.

INTRODUCCIÓN

La atención sanitaria requiere una actitud de mejora continua y avance en todas sus áreas. Esta actitud requiere la observación permanente de todas las actuaciones, y la detección precoz de las dificultades y de los eventos adversos que se presentan.

La seguridad del paciente la define la OMS (14) como la ausencia de daño innecesario real o potencial relacionado con la atención sanitaria. Además, se considera objetivo primordial en una asistencia sanitaria de calidad, donde hemos de promover los hábitos saludables y el bienestar de todos (ONU Agenda 2030). El Ministerio de Sanidad (3), servicios sociales e igualdad, desarrolla en la Estrategia de Seguridad del paciente del Sistema Nacional de Salud para el periodo 2015-2020 (11), las líneas estratégicas para la promoción de la cultura positiva de la seguridad del paciente para poder aprender de los errores y desarrollar Prácticas seguras. Considera primordial promover la notificación de esos eventos

adversos para la evaluación, prevención y mejora continua de la asistencia sanitaria integral. La Junta de Andalucía reconoce en el decreto 51/2017 Art. 21, el derecho a la seguridad del paciente y al desarrollo de una estrategia que la lleve a cabo (2).

A tal efecto, la Estrategia para la seguridad del paciente del SSPA (10), dispone 6 áreas clave que fomentan la cultura positiva de la Seguridad del Paciente. Estas son: Seguridad de la Organización, Gestión de riesgos, aprendizaje y mejora continua, Atención Integral segura, Seguridad del paciente y tecnologías de la información sanitaria, Implicación activa de paciente y ciudadanía, y Conocimiento e innovación en seguridad.

El IV Plan Andaluz de Salud 2013-2020 (9), en su objetivo de transparencia, colaboración y mejora, habla en su meta 5.3.5 de la importancia de incorporar a la ciudadanía en los comités de bioética y seguridad de los centros sanitarios. Además, busca la implicación de los profesionales en los mejores resultados en salud, y promueve en su meta 5.3.4, que las unidades de gestión clínica desarrollen la cultura de gestión por valores.

La seguridad del paciente en el SSPA se concibe como un valor público y un derecho a recibir una atención sanitaria segura. Contribuye al desarrollo sostenible a través de la prevención de riesgos y reducción de daños. Busca la equidad en que todos deben recibir la misma calidad y seguridad en atención sanitaria; tanto en las características ambientales como personales, teniendo especial vigilancia en las situaciones de vulnerabilidad y de especial riesgo. La seguridad es clave en el mantenimiento de la Calidad y mejora continua, mediante el desarrollo de un sistema transparente de detección de incidentes y eventos adversos. La seguridad del paciente requiere para su mejora, la participación activa de los pacientes y de los profesionales. Los pacientes han de comunicar sus necesidades y expectativas, y los profesionales han de comunicar los aspectos a mejorar, los incidentes y eventos adversos, y las innovaciones necesarias para evitar los riesgos y daños al paciente. Todo ello, enmarcado en un modelo de organización sanitaria basada en la corresponsabilidad de equipos multidisciplinares que permitan vigilancia coordinada de la seguridad del paciente.

Los profesionales de la salud tienen una función primordial en la detección y notificación de incidentes y eventos adversos (4), ya que son capaces de detectar precozmente las dificultades que surgen en su práctica habitual. Dicha comunicación está cimentada en los valores bioéticos fundamentales de no dañar al paciente, buscar su beneficio, respetar su autonomía y mantener la justicia en las actuaciones sanitarias.

Para la identificación de los aspectos a mejorar, hemos de garantizar la detección de las situaciones adversas de un modo eficaz y fluido. Es decir, hemos de procurar la comunicación de las dificultades y de los errores sucedidos (15), a fin de proponer y poner en marcha precozmente las mejoras necesarias para evitar la repetición de los eventos adversos detectados.

OBJETIVOS

Objetivo general

Analizar los aspectos éticos ligados a la notificación y gestión de incidentes y eventos adversos, valorando su relevancia sobre la seguridad del paciente y sobre el aprendizaje y mejora continua de la asistencia sanitaria.

Objetivos específicos

- Analizar los principales aspectos de la gestión de los riesgos para la seguridad del paciente en los servicios sanitarios y su situación en Andalucía.
- Reflexionar en este ámbito sobre los aspectos de la ética del reconocimiento, de la reparación y de la prevención.
- Analizar los principios de autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia en relación a la notificación y gestión de los riesgos para la seguridad de los pacientes.

METODOLOGÍA

La motivación y justificación del presente trabajo surge de la búsqueda bibliográfica realizada,

atendiendo a los siguientes descriptores: eventos e incidentes adversos, seguridad del paciente, gestión de riesgos, ética, deontología y bioética. En dicha búsqueda se han priorizado informes y estrategias institucionales de Seguridad del paciente a nivel: internacional, nacional y autonómico. Se ha priorizado igualmente las referencias respecto a la notificación y gestión de eventos adversos, sus características y la situación actual al respecto. También se han analizado las referencias respecto al posicionamiento deontológico y legal respecto a la notificación y gestión de los eventos e incidentes adversos. Finalmente, observando las cuestiones fijadas en los objetivos, se han analizado las referencias relacionadas con la ética y la Bioética en la seguridad del paciente, y concretamente en la comunicación o notificación y gestión de eventos adversos.

En atención a lo publicado, se realiza un análisis de la situación actual en relación a la seguridad del paciente y a la notificación y gestión de eventos adversos. Para ello, partiendo de la exposición de conceptos, se exponen los datos actualizados sobre la notificación y gestión de los eventos adversos, sus causas y sus características. Con la situación actual expuesta, se valoran las implicaciones éticas, analizando los principios éticos implicados y los valores relacionados con la notificación y gestión de los eventos adversos. Finalmente se concluye, destacando la importancia y las implicaciones éticas de la cultura de la Seguridad del paciente en general, y de la notificación y gestión de los eventos adversos en particular.

EVENTOS ADVERSOS

a) Conceptos

El concepto de Seguridad del paciente ha evolucionado desde la consideración exclusiva de la reducción del riesgo de daños innecesarios asociados a la atención sanitaria al mínimo aceptable, hacia la visión más ampliada de valorar el beneficio de la atención frente al daño potencial (5). Esta valoración debe basarse en la evidencia científica de los beneficios esperados y la previsión de los posibles daños o eventos adversos. Es importante tener presente el origen

multicausal de los posibles daños debido a la relación de los distintos profesionales implicados en sus procesos y protocolos asistenciales; y todos ellos relacionados con su organización y con el entorno asistencial. Por ello, la OMS considera que la Seguridad del paciente es un elemento clave, esencial y transversal en la calidad de la atención sanitaria (6).

Un Incidente relacionado con la seguridad del paciente es cualquier evento o circunstancia que ha ocasionado o podría haber ocasionado un daño innecesario al paciente. Evento adverso es aquel incidente que produce daño al paciente (daño relacionado con la atención sanitaria y que no se corresponde con una complicación propia de la enfermedad).

Evento centinela (evento adverso grave): es aquel suceso imprevisto derivado de la asistencia sanitaria que causa la muerte o graves daños físicos o psíquicos al paciente (2).

Incidente sin daño (casi errores o evento adverso potencial): es aquel error importante que tiene potencial para originar un evento adverso, pero que no sucede, bien por azar o bien por su interrupción.

Prácticas seguras: intervenciones y estrategias orientadas a mejorar la seguridad del paciente, y a prevenir o reducir los daños innecesarios asociados a la atención sanitaria.

Sistemas de detección y notificación para la detección de los eventos adversos (11): el sistema sanitario debe proveer y fomentar las vías de comunicación entre los profesionales y los responsables con capacidad de solucionar las situaciones detectadas (12). Para fomentar la comunicación fluida de estas situaciones adversas a mejorar, hemos de favorecer y alentar a los profesionales a comunicar todos los aspectos mejorables y los errores detectados en su práctica habitual.

En el desarrollo de un evento adverso, distinguimos las siguientes víctimas: las victimas principales que son los pacientes y los familiares, las segundas víctimas que son los profesionales implicados, y la tercera víctima que es la organización, con el desprestigio y desconfianza que producen.

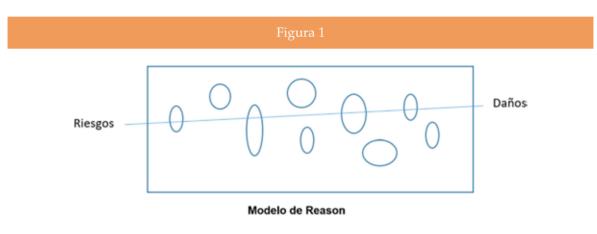
b) Causas de los eventos adversos.

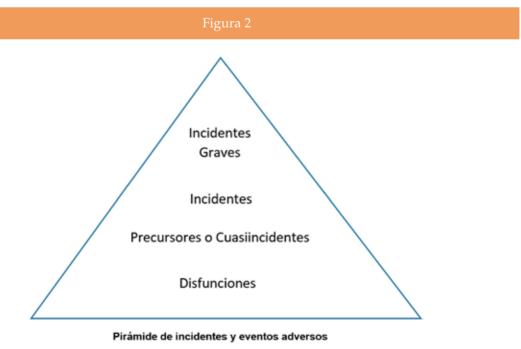
En la producción de los eventos adversos en la atención sanitaria, es preciso que se sucedan múltiples situaciones que lo hacen posible. Esta sucesión de hechos sigue el modelo de Reason o del queso suizo (21), donde los riesgos siguen una trayectoria variable en función de los diferentes agujeros o fallos latentes y activos de la atención sanitaria hasta producir finalmente daños. (Figura 1)

Las múltiples causas que produzcan finalmente un evento adverso pueden ser: organizativas, estructurales, ambientales, debidas a los profesionales o debidas a las características del paciente.

De esta forma, podemos distinguir unos Escenarios de mayor Riesgo, en los que, por sus características intrínsecas, observamos un alto riesgo de que se produzcan eventos adversos graves. Tal es el caso de la atención a las urgencias y las emergencias, y de la salud mental.

La gravedad de los riesgos asistenciales sigue una distribución piramidal donde en la base están los incidentes más frecuentes y leves, y ascendiendo hasta el vértice, aumenta la gravedad y disminuye afortunadamente la frecuencia. (Figura 2)





c) Gestión de los riesgos y el papel de la notificación de eventos adversos

La gestión de riesgos engloba el conjunto de actividades clínicas y administrativas, que se dirigen a la disminución de los riesgos para pacientes y la minimización del daño que puedan sufrir, considerando al mismo tiempo el impacto sobre los profesionales y las organizaciones sanitarias (12).

Hemos de promover en todos los profesionales y responsables la actitud de reconocimiento primero, de reparación siguiente y de prevención permanente de la nueva aparición de estos eventos adversos.

Además de la trascendencia de la detección y la comunicación de eventos adversos sobre la Seguridad del paciente, hemos de valorar la trascendencia sobre las motivaciones de los profesionales. Esto es, los profesionales sanitarios han de presentar una permanente actitud éticamente deseable de mejora y avance continuo en la asis-

tencia y seguridad de los pacientes. Para ello, los profesionales han de asumir entre sus funciones más importantes, la vigilancia y la comunicación de las dificultades, los errores y los aspectos a mejorar en toda la asistencia sanitaria.

A tal efecto, la Consejería de Salud y Familias, realiza un análisis de situación de la estrategia para la seguridad del paciente en Andalucía 2018 (13). Entre sus objetivos figura analizar el sistema de notificación y gestión de incidentes de seguridad del SSPA durante el periodo 2011-2017. Concretamente, describir la evolución de las notificaciones de incidentes v eventos adversos durante ese periodo. Entre los resultados de su análisis encontramos que, durante el periodo 2011-2017 fueron notificados 16.616 incidentes on line, a través de la web y de la aplicación móvil Avizor (14,5% 2017); y que el 25% de ellas fueron notificadas en 2017 (ver diagrama de la evolución de las notificaciones por año). Es importante señalar que describe que actualmente el 95% de los Centros y unidades del SSPA dispone de gestores responsables. (Figura 3)

Figura 3



En relación a los tipos de incidentes notificados (Tabla adjunta), señalar que el 50% no causó daños y el 25% daño leve; sin embargo, el 40% fue calificado de riesgo alto/extremo si llegara al paciente o se repitiese. (Figura 4)

En cuanto a la gestión de los incidentes notificados, el informe comunica que el 20,1% son resueltos en la aplicación y que en el 30% se han incorporado

acciones de mejora (ver diagrama siguiente). Es importante señalar que los incidentes relacionados con medicamentos y vacunas son comunicados a la AEMPS (vía Farmacovigilancia y comisión de Vacunas de Andalucía); los relacionados con la tecnología a los Sistemas de información del Servicio Andaluz de Salud, y los relacionados con la asistencia quirúrgica son comunicados al comité de seguridad quirúrgica (12). (Figura 5)

Figura 4

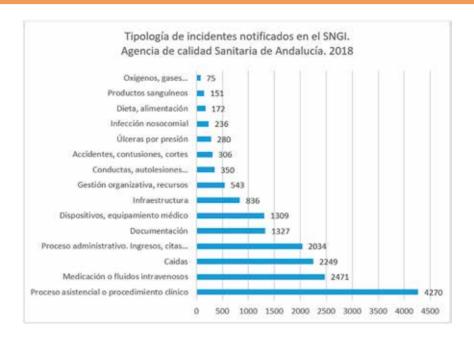


Figura 5



DISCUSIÓN Y RESULTADOS

a) Implicaciones éticas de la notificación y la gestión de los eventos adversos

Los profesionales sanitarios tienen unos deberes éticos y deontológicos que obligan a buscar la atención sanitaria óptima y garantizar la seguridad del paciente (22).

Como se ha comentado, es prioritario establecer canales fluidos de comunicación entre los profesionales y los responsables de la gestión de estos eventos adversos. Los responsables deben recibir las notificaciones de los profesionales para evaluarlas, proponer las soluciones y desarrollar la más adecuada. Sin la notificación de los profesionales y su implicación en el análisis y las soluciones, los responsables tendrían importantes dificultades en detectar los errores y los eventos adversos que suceden cotidianamente en la asistencia sanitaria y ofrecer soluciones de prevención y reparación.

En el citado análisis de situación de la estrategia para la seguridad del paciente en Andalucía 2018, se analizaron: el posicionamiento, la valoración y las propuestas de mejora de los ciudadanos y los profesionales (13). Definen como "Acción estratégica Relevante", el fomento la cultura de seguridad del paciente, e identifican una serie de barreras para el desarrollo de la Seguridad del paciente (Figura 6).

En relación a los profesionales, expresan principalmente las siguientes dificultades: elevada carga de trabajo, resistencia a los cambios, falta de formación en Seguridad del paciente, la creencia en la complejidad de la seguridad del paciente, la falta de conciencia de la magnitud del problema de la seguridad del paciente, la falta de cultura de seguridad y la existencia de la cultura de la culpabilidad.

En las conclusiones de este informe, se incide en la importancia de Informar y formar en la cultura de la seguridad del paciente, en la necesidad de





participar y comunicar los incidentes y eventos adversos, en su gestión transparente, y en la necesidad de simplificar los sistemas de notificación.

Merece especial consideración la responsabilidad legal de la notificación de eventos adversos, y su trascendencia sobre los daños que pueda sufrir un paciente y la responsabilidad patrimonial que cause. Para ello, hemos de valorar la promoción institucional del reconocimiento, la reparación y la prevención, mediante la promoción de leyes y normas que amparen y favorezcan la comunicación permanente de los errores y los sucesos adversos que requieran reparación y mejora.

Es esencial, vencer el temor y las reticencias de los profesionales a notificar errores por las posibles consecuencias punitivas; y ser conscientes de su influencia sobre la calidad de los registros y el aprovechamiento de la información. Para ello, es importante fomentar la Formación de los profesionales en Bioética y profesionalismo (22) dentro del programa de formación en competencias transversales (PFCT).

b) Análisis de los principios de Bioética

Para valorar las implicaciones bioéticas de la notificación y gestión de los eventos adversos, hemos de analizar de un modo Principalista los valores en conflicto relacionados con los principios éticos: Autonomía, Beneficencia, No maleficencia y Justicia (25).

La Bioética nace con la clara intención de buscar respuestas y soluciones a las cuestiones que plantean el desarrollo de tres aspectos fundamentales: la cultura de la autonomía, la cultura de igualdad y los avances en investigación y nuevas tecnologías. Se trata entonces de realizar la tarea racional de analizar las conductas morales en el ámbito de la biología y la medicina, trascendiendo de una ética profesional a una ética civil. (Figura 7)

De este modo, la Bioética adquiere un papel fundamental en la toma de decisiones sanitarias, ya que la atención sanitaria ha pasado de un modelo paternalista unilateral a un modelo multidisciplinar y multifactorial (23). El método

Figura 7

Principio Éticos	Valores			
Autonomía	Consentimiento informado			
	Información adecuada			
	Participación en la toma de decisiones			
Beneficencia	Promoción de la salud			
	Cuidados y ayuda			
	Empatía y comunicación adecuada			
	Trato humanitario y personalizado			
No Maleficencia	Seguridad			
	Eficacia y efectividad			
	Calidad científico-técnica			
	Prevención de enfermedades			
	Protección de la salud			
Justicia	No discriminación			
	Igualdad de oportunidades			
	Equidad en la distribución de recursos.			
	Enfoque multicultural y de género			
	Atención a la vulnerabilidad			
	Eficiencia			
	Transparencia			
	Responsabilidad social corporativa			

Deliberativo utilizado por la Bioética en el análisis de las cuestiones, permite tener presente todas las argumentaciones realizadas y, tras la reflexión prudente y responsable de los valores en conflicto y los principios éticos implicados, establecer los cursos de acción posibles y presentar el o los cursos de acción óptimos (24).

Autonomía

La ley 41/2002 del 14 de Noviembre (1) en la que se regulan los derechos y obligaciones de los pacientes en materia de información y documentación clínica, desarrolla el derecho a la información epidemiológica y a los recursos adecuados disponibles. Desarrollada la información, el paciente tiene derecho al consentimiento informado sobre las actuaciones propuestas. Está sobre todo enfocado a las reacciones adversas y/o complicaciones en la aplicación de sustancias medicamentosas o similares, aplicación de técnicas y sometimiento a intervenciones que están contrastadas, recogidas en la literatura, y que son de frecuencia y detectabilidad suficiente.

Para ello, es importante conocer las indicaciones, las actuaciones, la evolución prevista, las dificultades y los efectos adversos conocidos que puedan ocasionar. Por tanto, la ausencia de notificaciones de eventos adversos limita, además del avance y mejora de la asistencia sanitaria, la información del paciente y reduce la capacidad para dar su consentimiento en base a una sesgada información sobre los efectos adversos conocidos. Es muy importante que los pacientes conozcan y consideren los riesgos y los eventos adversos que pueden sufrir al recibir un tratamiento o una técnica determinada. Deben conocer las probabilidades con que se presentan esas complicaciones; de modo que, si la notificación de eventos adversos es limitada, o no se realizada una investigación adecuada del suceso, el paciente no recibirá la información más adecuada y concreta. Tiene importancia promover la toma de decisiones compartida, para garantizar la asunción o no de riesgos no explícitos y no siempre previsibles pero intrínsecos a la asistencia sanitaria.

Por otro lado, en el transcurso de la asistencia sanitaria, un paciente puede sufrir un incidente o evento adverso que le cause daño en mayor o menor medida. Los profesionales deben informar en todo momento al paciente o representante legal de todo lo sucedido, a fin de tratar las posibles complicaciones, asumir las responsabilidades, investigar los hechos, y proponer los cambios o mejoras necesarias para restaurar la confianza del paciente en el equipo asistencial que le atiende y en la organización sanitaria en general.

El paciente y sus familiares, como primeras víctimas de un incidente o evento adverso, tienen derecho a: recibir las explicaciones precisas de lo sucedido por parte del profesional/es responsable/s, a conocer el/los daños causados y las medidas que se tomen para tratarlos, y finalmente, tienen derecho a pedir responsabilidades sobre lo sucedido, bien en el ámbito institucional, bien en el ámbito judicial.

Beneficencia

Además de la comunicación al paciente y de la reparación de los posibles daños, hemos de realizar una notificación oficial a los superiores, para que se realice una adecuada investigación del suceso. De la investigación realizada, los responsables deben tomar las medidas institucionales necesarias para su reparación, y para prevenir similares incidentes en el futuro; esto es, buscar el beneficio de todos.

Para ello, la institución sanitaria dispone de cauces para facilitar la notificación oficial del incidente (15). Estos procedimientos deben ser conocidos por los profesionales como parte fundamental de las herramientas disponibles para fomentar la identificación de errores y su prevención. Los profesionales deben ser conscientes de la trascendencia de sus comunicados para prevenir nuevos sucesos y elaborar protocolos que los eviten. Por tanto, las autoridades sanitarias deben formar e informar a los profesionales tanto sobre los protocolos de comunicación de incidentes y eventos adversos, como de las herramientas disponibles para facilitar la notificación de dichos eventos.

El profesional debe realizar precozmente la notificación institucional del incidente o evento adverso para limitar y tratar el daño causado, para investigar las causas y para tomar las medidas preventivas necesarias para que, en lo posible, no

se repita o disminuir su incidencia en la asistencia a todos los pacientes (22). El profesional o el equipo responsable igualmente, deben proporcionar una explicación precisa, honrada y digna al paciente y sus familiares, sobre todo lo sucedido, sobre las medidas tomadas para reparar el daño y evitar su repetición, y asumir las responsabilidades con lealtad al paciente. La actitud profesional de respeto al paciente, de reconocimiento de los errores y de aprender de lo sucedido con el estudio pormenorizado del suceso, hacen posible la recuperación de la confianza del paciente y la familia, hacia los profesionales que lo atienden y hacia toda la institución sanitaria (20).

La notificación de eventos adversos forma parte de la cultura positiva de mejora en la seguridad del paciente y en las prácticas seguras de la asistencia sanitaria. Los profesionales deben ser conscientes de la obligación de notificar las incidencias que haya que corregir, tratar y estudiar para que no sucedan más.

De igual manera, los profesionales sanitarios deben prestar especial atención a las situaciones de vulnerabilidad del paciente y a los escenarios de mayor riesgo asistencial; ambos están directamente vinculados con la mayor posibilidad de sufrir algún evento adverso.

• No maleficencia

La atención sanitaria, y la medicina en particular, es una ciencia empírica, inexacta y sujeta a actualizaciones permanentes, gracias a las investigaciones y a los avances tecnológicos. Estas características hacen que, en todas las actuaciones sanitarias, haya que realizar un balance riesgo/ beneficio, en las que el beneficio supere el riesgo conocido. Este principio debe hacer que la asistencia sanitaria esté sustentada en una práctica clínica basada en la evidencia científico técnica, en la efectividad de sus actuaciones, en la eficiencia de lo que se hace (refiriéndonos a la corriente del "no hacer"), en la atención personalizada que reporte al paciente el trato más seguro y dirigido a sus necesidades y expectativas, teniendo en cuenta las características intrínsecas y circunstanciales de cada paciente y su momento asistencial.

La medicina basada en la seguridad del paciente debe ser el pilar fundamental de la asistencia sanitaria. Hemos de fomentar las Prácticas Seguras en todos los aspectos de la asistencia sanitaria. La Deontología médica, y la Organización médica colegial (Cod. Deontológico de la OMC. 2010 y 2018), consideran prioritario fomentar el "primun non nocere"; y debe manifestarse, entre otras actuaciones, en la identificación y notificación de los incidentes y eventos adversos que puedan suceder a los pacientes (18). Profundiza incluso, priorizando la lealtad hacia el paciente, en la notificación de sucesos en los que se evidencien discrepancias entre profesionales (19).

El suceso adverso, por definición, debe ser inesperado y no previsible. Por tanto, el desconocimiento de las posibles complicaciones, no debe estar mediado por el déficit de notificaciones; es decir, si hay eventos adversos, hemos de comunicarlos para conocerlos, describirlos y solucionarlos si son evitables; o describirlos y sopesar el riesgo/beneficio, si no lo son.

• Justicia

En atención a los principios éticos analizados con anterioridad, hemos de considerar como Buena Praxis la notificación y gestión de los incidentes y eventos adversos sucedidos en la asistencia al paciente. Por tanto, es adecuado considerar como deber deontológico el informar adecuadamente al paciente sobre los eventos adversos que pudieran suceder; además, cuantas más notificaciones y análisis haya de los Eventos adversos, tendremos más posibilidades de prevenirlos. De esta forma, al informarle, respetamos la autonomía del paciente; al tratar el posible daño causado, buscamos su beneficio; y al comunicarlo institucionalmente, promovemos su investigación y la toma de las medidas adecuadas para su prevención (estudios ENEAS y APEAS) (8).

Hemos de mantener el principio de Equidad, detectando las situaciones de vulnerabilidad del paciente, ya que está vinculada a la mayor posibilidad de sufrir un daño. Encontramos situaciones de vulnerabilidad y por tanto de mayor riesgo: en niños y ancianos, en pacientes con limitaciones cognitivas o mentales, en situaciones de discriminación por cuestiones de género, en pacientes pluripatológicos y en pacientes con limitaciones en la comunicación verbal.

En cuanto a las responsabilidades legales, si el incidente o evento adverso causa un daño atribuible a la Mala Praxis, será catalogado como Imprudencia. (Cod. Penal art. 142, 152. L.O. 1/2015). La imprudencia puede ser catalogada de Impericia (acción u omisión debido a ineptitud o ignorancia), o bien catalogada de Negligencia (acción u omisión debido a descuido, apatía o falta de precaución). La responsabilidad Penal vs Civil, vendrá dada por la magnitud del daño y la presencia de "Dolo" en la acción u omisión causal (17).

El reconocimiento del evento adverso supone asumir las responsabilidades que pudieran derivarse del daño causado. Supone, además, la única forma de mantener la confianza del paciente en los profesionales implicados. La pérdida de confianza del paciente puede afectar, no sólo a los profesionales (segundas víctimas), sino también a la institución sanitaria (tercera víctima). Por tanto, la ausencia de notificación de un evento adverso implica actitudes contrarias al deber ético de justicia del paciente, ya que puede lesionar su integridad y limitar su autonomía, al tener que tomar decisiones sin toda la información adecuada (23).

En relación a este principio, también cabe reflexionar sobre la eficiencia de recursos y la responsabilidad social corporativa, poniéndolos en relación con los costes de no establecer estrategias, planes o procesos para la mejora de la calidad y la seguridad en las instituciones sanitarias (6, 16).

Para garantizar y fomentar la comunicación de los incidentes y eventos adversos, hay países que tienen legislaciones que promueven la indemnidad de los notificantes, como es el caso de Dinamarca ("Act on patient Safety in the Danish health Care Sistem. 2003"); o como es el caso de EEUU, que promueven el no perjuicio laboral (disciplinario) de los comunicantes (Patient safety and quality improvement act. 2005") (7, 16).

CONCLUSIONES

La notificación y la gestión de los incidentes y eventos adversos debe ser una pieza fundamental de la seguridad del paciente. La identificación y comunicación de estos eventos, posibilita su investigación y estudio, su reparación, la asunción de responsabilidades y la elaboración de medidas preventivas para evitar su repetición. Así mismo, hace posible la restitución y el mantenimiento de la confianza del paciente en el equipo responsable y en la institución sanitaria. La notificación de eventos adversos promueve en los profesionales y en la Institución sanitaria, el desarrollo de la cultura positiva de aprender de los errores y de mejora continua. No comunicar estos eventos, ni fomentar la notificación oficial, afecta al principio de no maleficencia; pues si las organizaciones sanitarias no conocen los riesgos, no podrán prevenirlos, y los pacientes estarán expuestos a lesión y/o muerte con una frecuencia no aceptable (estudios ENEAS y APEAS) (8).

Las instituciones sanitarias deben favorecer la notificación de los incidentes y eventos adversos por parte de los profesionales, formando e informando sobre las características de los procedimientos y sus mecanismos de notificación. Las instituciones sanitarias deben recibir las notificaciones precozmente para investigar los eventos adversos y reparar el daño causado al paciente y su familia; tras ello, debe tomar las medidas preventivas y organizativas necesarias para evitar su repetición y garantizar la continuidad asistencial. También deben apoyar, asistir y no penalizar a los profesionales notificadores, a los causantes o asistentes a un evento adverso; generando una cultura de seguridad no punitiva que invite al conocimiento y a la mejora continua.

Los profesionales deben conocer la prioridad de la seguridad del paciente en la asistencia sanitaria; deben conocer los aspectos éticos y deontológicos que sustentan la detección precoz y la notificación de los incidentes y eventos adversos; y finalmente, deben fomentar la cultura positiva de aprendizaje de los errores.

Los autores declaran la ausencia de conflictos de intereses.

BIBLIOGRAFÍA

 Ley 41/2002 de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. BOE

- 2002; 274. Disponible en: https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2002-22188
- Decreto 51/2017 de 28 de marzo, de desarrollo de los derechos y deberes de la ciudadanía en relación con la salud pública. Boletín oficial de la Junta de Andalucía 2017; 62. Disponible en: https://www.juntadeandalucia.es/boja/2017/62/4
- 3. Ley 14/1986 de 25 de abril, General de Sanidad. BOE 1986;102. Disponible en: https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-1986-10499
- Ley 16/2003 de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud. BOE 2003;128. Disponible en: https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2003-10715
- Ley 33/2011 de 5 de octubre, General de Salud Pública. BOE 2011; 240. Disponible en: https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2011-15623
- AENOR. Comité técnico AEN/CTN 179. Calidad y seguridad de los centros de asistencia sanitaria. Servicios sanitarios. Gestión de riesgos para la seguridad del paciente. Norma UNE179003. Madrid: AENOR; 2013. https://www.une.org/encuentra-tu-norma/comitestecnicos-de-normalizacion/comite/?c=CTN%20179
- Wu AW, McCay L, Levinson W, Iedema R, Wallace G, Boyle DJ, et al. Disclose adverse events to patients International Norms and Trends. J Patient Saf. 2014;00: 00–00.
- Agencia de calidad del Sistema Nacional de Salud. Estudio APEAS. Estudio sobre la seguridad de los pacientes en la atención primaria de Salud. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2008.
- IV Plan Andaluz de Salud 2013-2020. Junta de Andalucía. 2013.
- Estrategia para la seguridad del paciente del SSPA. Consejería de Salud y Familias. 2019.
- 11. Estrategia de seguridad del paciente del Sistema Nacional de Salud. Periodo 2015-20. Ministerio de Sanidad 2016.
- Gestión de incidentes de seguridad. Manual de ayuda a la notificación de riesgos e incidentes de seguridad del paciente (borrador). Observatorio para la seguridad del paciente. Agencia de calidad sanitaria de Andalucía; 2019.

- Análisis de situación de la estrategia para la seguridad del paciente en Andalucía 2018. Consejería de Salud y Familias. Junta de Andalucía. 2019.
- 14. WHO patient safety curriculum guide; multiprofesional edition. Geneva: World Health Organization; 2011.
- Romeo Casabona CM, Urreta Mora A. El establecimiento de un sistema nacional de notificación y registro de incidentes y eventos adversos en el sector sanitario; aspectos legales. Informe. Madrid: Ministerio de sanidad y política social; 2009.
- Grupo de Seguridad del Paciente de semFYC. Sano y salvo. Facilitando la cultura de seguridad del paciente. Propuestas legislativas a nivel internacional. Ponencia Pilar Astier. Coordinadora GdT de seguridad del paciente. semFYC. Mayo. 2018.
- 17. Alvarez Peña O. Consideraciones sobre la imprudencia profesional (médica). Rev. de Jurisprudencia. 2014.
- Código Deontológico de la organización Médica colegial. Madrid: OMC; 2019.
- Moure González E. ¿Comunicar el error médico o esconderlo? A propósito de las memorias de Henry Marsh. Cuadernos de Bioética. 2017 (3); 317-27.
- 20. Schnitzler E. Errar es humano, ser veraz y pedir perdón también. ITAES. 2014; (17) 2. 10-15.
- Olivera Cañadas G, Cañada Dorado A, Drake Canela M, Fernández Martínez B, Ordoñez León G, Cimas Ballesteros M. Identificación de eventos centinela en atención primaria. Rev Calid Asist. 2017; 32:269-277. Disponible en: https://www.elsevier.es/es-revistarevista-calidad-asistencial-256-pdf-S1134282X17300258
- Declaración de profesionales por la seguridad del paciente. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad y Consumo 2006.
- 23. Rivas FJ. Ética en la toma de decisiones sanitarias. Cuadernos de gestión sanitaria, N3. Madrid: Fundación Gaspar Casal; 2015. Disponible en: https://repositorio.comillas.edu/xmlui/bitstream/handle/11531/44794/CT3_Etica_en_la%20toma_de_decisiones_sanitarias.pdf?sequence=-1&isAllowed=y
- 24. Domingo Moratalla T, Feito Grande L. Bioética narrativa. Madrid: Escolar y Mayo; 2013.
- Cortina Orts A. ¿Para qué sirve realmente la ética? Barcelona: Paidós; 2013.

Preguntas (la respuesta correcta señalada en negrita

- 1. La detección de las situaciones de vulnerabilidad vinculadas a mayor posibilidad de sufrir un evento adverso, están relacionadas con el principio de:
 - a) Autonomía.
 - b) Equidad.
 - c) No maleficencia.
 - d) Utilidad.
- 2. Consideramos que un incidente o evento adverso será legalmente calificado como Imprudencia (C. Penal Art. 142,152) cuando:
 - a) Cause la muerte de un paciente.
 - b) Afecte a varios pacientes.
 - c) Cuando sea inesperado o no previsible.
 - d) Cuando sea atribuible a mala praxis.
- 3. En Andalucía se reconoce el derecho a la Seguridad del paciente en:
 - a) La Ley 16/2003.
 - b) La Ley 14/1986.
 - c) Decreto 51/2017.
 - d) Ley 33/2011.
- 4. Respecto a las víctimas de un evento adverso, distinguimos todas excepto:
 - a) Consideramos a los pacientes como las únicas víctimas.
 - b) Consideramos a los pacientes y familiares como las víctimas fundamentales.
 - c) Los profesionales implicados pueden ser las segundas víctimas.
 - d) La organización puede ser la tercera víctima.
- 5. Respecto a los valores implicados en la comunicación de eventos adversos, señale la respuesta correcta:
 - a) Implica a la seguridad del paciente y a la prevención.
 - b) Implica a la transparencia.
 - c) Implica a la promoción de la salud integral.
 - d) Todos están implicados en la comunicación de eventos adversos.

ARTÍCULO DE REVISIÓN

Síndrome subacromial. Propuesta de manejo en atención primaria

De la Lama Rincón JM^{a1}, Gómez Vázquez L², Galván Ruiz A¹

¹Unidad de Medicina Física y Rehabilitación. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla ²Médico de Atención Primaria. Centro de Salud de Camas (Sevilla)

CORRESPONDENCIA

José Mª de la Lama Rincón E-mail: josem.lama.sspa@juntadeandalucia.es

Recibido el 04-03-2021; aceptado para publicación el 27-08-2021 Med fam Andal. 2021; 2: 117-124

RESUMEN

El Síndrome Subacromial es la causa más frecuente de hombro doloroso en nuestro entorno. El objetivo de nuestro trabajo, mediante una revisión de la literatura y la aplicación de la experiencia práctica en el manejo de esta patología, es mostrar que se puede detectar y manejar muy bien en la mayoría de los casos en Atención Primaria, al menos en sus fases iniciales. Para diagnosticarlo nos basamos en la presencia de síntomas (dolor de predominio nocturno y con los movimientos, especialmente en maniobras de flexión y abducción) ausencia de traumatismo y combinación de maniobras (arco doloroso, Neer, Jobe, Hawkins y Yocum). El clínico, mediante maniobras exploratorias, debe tratar de diferenciar la causa del SSA, especialmente el de perfil impingement del de perfil tendinopatía. El concepto clásico de impingement es asimilable al interno anterosuperior, que podemos diferenciar de otros tipos de impingement en función de antecedentes y localización. Disponer de la opción de infiltración ecoguiada es muy útil para tratar la diana específica, una vez confirmemos datos de impingement o de tendinopatía.

Palabras clave: Hombro doloroso; Síndrome Subacromial; Bursitis subacromial; Impingement subacromial.

Painful shoulder; Subacromial Syndrome; Subacromial bursitis; Subacromial impingement.

INTRODUCCIÓN

El dolor de hombro es uno de los motivos de consulta más habituales en Atención Primaria (AP). En USA, se describe una incidencia de 15 nuevos casos por 1.000 habitantes en el entorno de AP¹. En España, la prevalencia es 70-200 casos por 1.000 adultos². En la encuesta nacional de condiciones de Trabajo de 2011 del Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo, el hombro ocupa el tercer lugar entre las causas de enfermedades musculoesqueléticas con repercusión laboral, tras la espalda y el cuello³.

Un 50% sigue refiriendo clínica más allá de los 18 meses, y presenta una alta recurrencia (30%)⁴. Puede derivar en dolor de origen central, especialmente en pacientes con miedo catastrófico al dolor, fobia a la fisioterapia y discapacidad de base⁵. Afortunadamente, no es lo habitual. En un estudio observacional realizado en un Centro de AP en España⁶, más del 60% de los episodios evolucionan favorablemente, aunque una tercera parte se cierran con diagnóstico genérico.

Dentro de las causas de hombro doloroso, la más frecuente es el Síndrome Subacromial (SSA), con etiologías diversas. En una auditoría clínica realizada por expertos en calidad asistencial y médicos rehabilitadores⁷, tras revisar 245 historias clínicas de pacientes atendidos en dos hospitales públicos, clasificaban el hombro doloroso en seis categorías: (1) SSA (bursitis subacromial, calcificación de manguito, impingement o "pinzamiento", tendinitis); (2) Capsulitis adhesiva; (3) Rotura del manguito; (4) Artrosis acromioclavicular; (5) Hombro doloroso (genérico), y (6) Otros (cervicobraquialgias, artrosis escapulohumeral, traumatismos). El diagnóstico más frecuente fue el de SSA (40,0%) seguido de "hombro doloroso" (17,6%), con diferencias entre centros, pues un hospital diagnosticó un 30% más de síndromes subacromiales que el otro (p < 0.05).

El hecho de que se diagnostiquen más SSA en función del profesional sanitario y el del elevado número de casos que se cierran con diagnóstico genérico, refleja las dificultades para filiar correctamente el cuadro clínico. Y es que al tratar a pacientes con hombro doloroso, nos enfrentamos con varios problemas:

- La clínica se solapa y diferentes entidades pueden tener una presentación similar
- Existen muchas maniobras con nombre propio, que incluso diversas fuentes describen de manera diferente
- A veces, la terminología de la literatura es confusa y requiere ser actualizada. Como ejemplo, desde el año 2000 el número anual de publicaciones en Pub Med sobre *impingement* interno se ha multiplicado por siete, por el auge de la artroscopia.

Dada la alta prevalencia de esta patología, el objetivo de esta revisión es evaluar las diferentes teorías etiológicas que pueden explicar el SSA. Definiremos el SSA, describiremos las estructuras anatómicas implicadas, presentaremos un algoritmo diagnóstico y propondremos pautas de manejo en AP.

EL SÍNDROME SUBACROMIAL

El SSA es un atrapamiento primario o secundario del espacio subacromial, en ausencia de

lesión traumática, que se acompaña principalmente de dolor. Se puede diagnosticar por una combinación de maniobras. El dolor se produce fundamentalmente tras reducción dinámica del espacio⁸, de ahí que el paciente lo localice normalmente con los movimientos (habitualmente antero-lateral), aunque también se da en reposo, especialmente nocturno. Es un término paraguas que se relaciona con diversas patologías: rotura de manguito, bursitis subacromial, disquinesia escapulohumeral, lesión SLAP (por sus siglas Superior Labrum Anterior to Posterior; es una lesión de la parte superior del fibrocartólago (labrum) glenoideo del hombro), patologías musculares, rigidez crónica de la glena, tendinitis calcificante, lesión tipo GIRD (Glenohumeral Internal Rotation Deficit), y artrosis Acromio-Clavicular.

El espacio subacromial es un área virtual de anchura no superior de 1,5 cm9, delimitada por abajo por el húmero y la apófisis coracoides. Por arriba, por el arco osteofibroso del acromion y el ligamento coracoacromial. Contiene la bursa subacromial, cabeza larga del biceps, cápsula, manguito, ligamento glenohumeral y ligamento coracohumeral¹⁰. La bursa es la estructura que facilita la amortiguación de los tendones del manguito. Es posible que las diferentes bursas (subacromiosubdeltoidea, subcoracoidea, subescapular) estén conectadas entre sí11. Las bursas tienen 4 tipos de mecanoreceptores para la percepción algésica, coordinación neuromuscular y propiocepción12, de ahí que al afectarse se genere dolor y que por sí misma sea un objetivo terapéutico de gran valor.

Se da un solapamiento de factores que, conjuntamente, confluyen en la reducción del espacio¹³⁻¹⁵. Entre otros, la rotura de ligamentos que hacen que la cabeza humeral ascienda. Además, al realizar movimientos sobre la cabeza, la alteración biomecánica de la musculatura escapular e hiperlordosis torácica pueden contribuir en el estrechamiento del espacio. Por ello, ante un SSA debemos descartar todas causas. Para centrar el tema, primero vamos a revisar los tipos de *impingements*.

REDEFINIR EL CONCEPTO DE IMPINGE-MENT

El concepto de *impingement* fue definido en 1972 por un cirujano, Neer, como compresión mecá-

nica y abrasión del tendón del supraespinoso cuando pasa por debajo del arco coracoacromial al elevar el brazo. De hecho, la maniobra de Neer pretende reproducir este mecanismo. Este autor sostenía que el 95% de las roturas de manguito se originan por un estrechamiento¹⁶. Basándose en estudios en cadáveres, propuso que la forma del acromion influye en el desarrollo de la patología. Abogaba por resecciones de la zona anterior del acromion, precisando en ciertos casos resección del ligamento coracoacromial y remodelación de la articulación acromioclavicular. Neer definió una serie de estadíos¹⁷: edema/hemorragia, fibrosis/tendinitis, y rotura tendinosa/artrosis. En función de lo evolucionado del cuadro, proponia tratamiento conservador, bursectomía, reparación tendinosa, acromioplastia, o varias.

Esta visión quirúrgico-estructural actualmente se cuestiona¹⁸. En un meta-análisis publicado por Karjalainen en 2019¹⁹, se analizaron ocho ensayos, con 1.062 pacientes con enfermedad del manguito rotador y SSA. Los autores no encontraron evidencia que sustentara la descompresión subacromial en el tratamiento de la enfermedad del manguito rotador que se manifiesta como pinzamiento doloroso del hombro. Como dato que refuerza este argumento de que no solo se trata de un problema estructural, en otra revisión sistemática en pacientes con SSA, no se observan diferencias entre un programa de rehabilitación estructurado y la acromioplastia artroscópica²⁰.

Los datos también desmienten la teórica abrasión del tendón del manguito rotador. Park en 2020 ha publicado un meta-análisis comparando pacientes con SSA y controles, y no ha observado diferencias en la distancia acromiohumeral²¹.

En resumen, el concepto de *impingement* tal y como lo concibió Neer hace cincuenta años se ha corregido y extendido a partir de su idea inicial, pero aún es útil ya que es asimilable al *impingement* intrínseco anterosuperior (el más frecuente) si bien tenemos que tener en cuenta otros tipos. Aún no se conocen en profundidad sus causas. De interés las teorías de Cook y Purdam²² que sugieren que el SSA puede pasar por distintos estadíos (sobrecarga del tendón - tendinopatía reactiva con/sin bursitis - alteración de reparación – degeneración tendinosa) en relación a factores individuales agravados por sobrecarga o desuso.

TIPOS DE IMPINGEMENTS

Según la *localización*²³: **Externos** (cabeza humeral vs arco subacromial/subcoracoideo) podemos subdividirlos en Anterosuperior (Supraespinoso y Acromion) y Anteroinferior (Subescapular y coracoides). **Internos** (cabeza humeral vs glenoides) podemos subdividirlos en Posterosuperior: cápsula con supra e infraespinoso (con la rotación externa; lanzadores) y Anterosuperior: cápsula con subescapular/ Porción Larga del Biceps (con la rotación interna; nadadores).

El impingement interno posterosuperior fue definido por Walch en 1992²⁴ en un estudio artroscópico de 17 atletas, a los que observó un pinzamiento entre el borde posterosuperior de la glenoides y la superficie inferior de los tendones supra e infraespinoso. Los pacientes describían dolor en posición de máxima abducción horizontal y rotación externa y también presentaban signos de rotura de manguito con maniobras de impingement positivas. Se puede asociar a disquinesia y GIRD (Glenohumeral internal rotation deficit), engrosamiento de la cápsula posterior y contractura de cápsula y ligamento glenohumeral inferior²⁵ ²⁶. El *impingement* interno anterosu**perior** se produce por compresión del tendón del subescapular entre la cara anterior del húmero y la glenoides anterosuperior durante la flexión anterior. También se puede asociar a lesiones de la porción larga del biceps.

Según la *etiología*: primarios y secundarios. Los **primarios**, debidos a un problema estructural: artropatía acromioclavicular, invasión de tejidos blandos en el espacio subacromial. Los **secundarios** se deben a un problema funcional que genera inestabilidad glenohumeral (desplazamiento del centro de rotación) o por inestabilidad escapulotorácica (retracción insuficiente de la escápula por musculatura escapular débil o disfuncional, por fatiga del infraespinoso o del redondo menor) que reduce el espacio coracoacromial)²⁷.

DIAGNOSTICAR EL SÍNDROME SUBACRO-MIAL EN AP

El primer paso para el diagnóstico es la **anam-nesis**:

- Dolor localizado (anterosuperior o anterolateral), insidioso.
- Predominio nocturno.
- Se agrava con los movimientos repetitivos de flexión y abducción.
- Relación laboral o deportiva que impliquen vibración, malas posturas o desplazar los brazos lejos del cuerpo.
- Si el paciente refiere caída hacia atrás o sensación de "brazo muerto" nos debe hacer pensar en lesión tipo SLAP.

A continuación, debemos explorar primero el balance articular pasivo, con el paciente en decúbito supino, dejando la extremidad a explorar proximal a nosotros. Con un goniómetro (o de visu) podemos medir la abducción, flexión anterior, y rotaciones externa e interna (con el brazo a 90° de abducción y fijando el hombro para evitar la antepulsión). Posteriormente, con el paciente frente a nosotros sentado en el borde de la camilla, exploraremos el balance articular activo, prestando especial atención a la abducción y flexión anterior, tanto en su rango articular (que compararemos con el pasivo) como en la posible expresión de dolor del paciente, finalizando con la rotación externa (a la nuca) e interna (a la zona interescapular).

Finalmente, completaremos la exploración con alguna de las maniobras específicas de hombro. En este punto, ya debemos tener una sospecha precisa del problema que puede presentar el paciente. Existen varias maniobras que podemos realizar, según se describen en el libro de exploración de Klaus y Johannes Buckup²⁴: Añadiremos además la maniobra de Yocum, descrita por Vicente-Herrero²⁵.

Maniobras para pacientes con perfil de *impingement*:

 Hawkins: si queremos explorar el hombro derecho, nos colocamos delante del paciente y apoyamos nuestra mano derecha en el hombro izquierdo. Con nuestra mano izquierda flexionamos el brazo derecho del paciente a 90° y apoyamos su codo sobre nuestro brazo derecho. En ese momento, realizamos una suave rotación interna pasiva forzada. En pacientes con *impingement* se produce dolor durante el movimiento por el choque del troquíter o el atrapamiento del tendón del supraespinoso bajo el ligamento coracoacromial, o bien un pinzamiento subcoracoideo cuando la aducción del brazo comprime el tendón del supraespinoso contra la apófisis coracoides.

- Yocum: se coloca la mano del miembro afecto en el hombro contralateral. Es positiva si la elevación del codo contra resistencia es dolorosa, que muestra el conflicto entre el tendón del supraespinoso y la bursa subacromio-subdeltoidea. El dolor debe ser específicamente anterosuperior.
- Neer: el explorador por detrás del paciente fija con una mano la escápula mientras que con la otra eleva el brazo del paciente hacia delante en sentido medial. Es positivo cuando este movimiento produce dolor por estenosis subacromial o por atrapamiento de la zona afectada contra el margen anteroinferior del reborde acromial.
- Arco doloroso: no es una maniobra como tal, pero nos orienta en el diagnóstico y puede ser de gran utilidad. Los dolores que aparecen con una abducción entre 60° y 120° sugieren una lesión del tendón del músculo supraespinoso, ya que en esa fase encuentra una estenosis entre el troquíter y el acromion (pinzamiento subacromial). Cuando se superan los 120°, desaparece el dolor. Por otro lado, las alteraciones de la articulación acromioclavicular provocan dolor cuando la abducción alcanza 140-180°.
- Cross arm: llevamos el brazo del lado afectado en 90° de flexión hacia el hombro contralateral. Si aparece dolor, indica patología de la articulación acromioclavicular. Puede ser positivo en caso de impingement subcoracoideo.

Maniobras para pacientes con perfil de tendinopatía:

 Jobe (empty can): manteniendo el codo extendido, se coloca el brazo del paciente a 90° de abducción, 30° de flexión horizontal y

rotación interna con el pulgar hacia abajo. El explorador ejerce presión sobre el antebrazo. En caso de tendinopatía, puede aparecer dolor y/o debilidad.

- *Full can*: similar a Jobe pero con el pulgar hacia arriba. En términos de dolor y/o debilidad, para tendinopatía del supraespinoso es un 8% más preciso que el test previo³¹.
- Lift off: se pide al paciente que con el brazo en rotación interna coloque el dorso de la mano sobre la espalda y la desplace por ella. Posteriormente se le pide que aleje la mano de la espalda contra resistencia. Evalúa la tendinitis del subescapular.
- Rotación externa dolorosa: el paciente deja los brazos paralelos al cuerpo, flexionando el codo 90 y los aleja del tronco. El explorador apoya la superficie interna de la mano sobre el dorso de la mano del paciente y le pide que rote el antebrazo hacia fuera contra resistencia. Valora el tendón del biceps braquial.
- Arco doloroso: el dolor a la abducción entre 60° y 120° sugiere lesión del tendón del supraespinoso, por estenosis entre el troquíter y el acromion (pinzamiento subacromial). Cuando se superan los 120°, desaparece el dolor. Por el contrario, las alteraciones de la articulación acromioclavicular provocan dolor cuando la abducción alcanza 140-180°.

¿Qué maniobras son más fiables? En un estudio realizado por Kelly en 2010³², se observa que las

maniobras tienen un valor *limitado*. Se incluyó a 59 pacientes con dolor de más de cuatro meses de duración. Se realizaron las maniobras de Neer, Hawkins, arco doloroso, Jobe, *full can*, abducción y rotación externa resistida. La prueba de Hawkins fue la más precisa para diagnosticar *impingement* subacromial (Sensibilidad 74,1%). Las pruebas más precisas para diagnosticar *impingement* fueron: para bursitis subdeltoidea, dolor en la rotación externa resistida y debilidad durante la prueba de *full can* (Sensibilidad 63,6%). Para rotura de espesor parcial, dolor en la rotación externa resistida (Sensibilidad 58,8%). Para rotura de espesor completo, arco doloroso (Sensibilidad 62,1%).

Michener estimó que se puede confirmar SSA con tres maniobras positivas entre las siguientes: Hawkins, Neer, arco doloroso, Jobe y rotación externa resistida, para una razón de verosimilitud positiva de 2.93, Sensibilidad del 75% y Especificidad del 74%²⁸. Similares resultados obtenía Hegedus, con tres de seis maniobras (las mismas añadiendo la de Yocum)²⁹. Este último autor estimaba que la maniobra de mayor Sensibilidad era la de Yocum (79%). Finalmente, basándonos en los datos de la revisión de Fernández en 2010, podemos estimar que las maniobras más rentables para diagnosticar un SSA son las siguientes (Tabla 1):

Como recomendación práctica, podemos comparar la respuesta del paciente en las maniobras que orientan a *impingement* frente a las que orientan a tendinopatía. Si la clínica es secundaria a *impingement*, la maniobra de Yocum sería, teóricamente,

Tabla 1. Resumen de las maniobras según datos de Fernández (2010)

Resumen de las maniobras en el SSA					
Maniobra	Sensibilidad	Especificidad	LR+		
Hawkins-Kennedy	84,00%	57,25%	3,05		
Jobe	66,00%	82,00%	3		
Arco doloroso	53,50%	81,00%	2,78		
Neer	54,50%	65,25%	1,6		
Yocum	78,50%	40,00%	1,32		

más sintomática que Jobe, e iría más a favor de un *impingement* anterosuperior). En cambio, si el paciente presenta un *impingement* anteroinferior, sería esperable que la maniobra de Hawkins-Kennedy sea más positiva que la de *Lift-off*, que iría más a favor de tendinitis del subescapular (Ver Figura 1). Es recomendable realizar las maniobras siempre en el mismo orden y en parejas, de manera que podamos preguntar al paciente "Qué le ha molestado más" justo a medida que las vamos realizando.

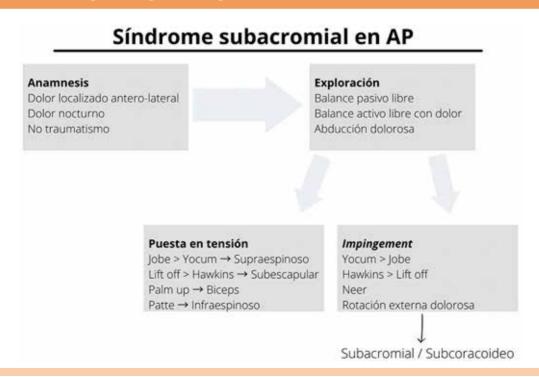
Siempre debe predominar la clínica al realizar el diagnóstico y decidir el plan de acción, ya que sabemos que la prevalencia de rotura de manguito rotador en estudios de imagen es superior al 20% en la población general³⁰. En caso de que un paciente con SSA tenga una prueba de imagen informada como tendinitis, es un dato a tener en cuenta pero lo más importante es la clínica y la exploración. Como prueba de la alta prevalencia de tendinopatía de manguito en el SSA, hemos realizado una revisión de historias en la Unidad de Medicina Física y Rehabilitación del Hospital Virgen del Rocío³¹. Entre Enero y Diciembre de 2019 se realizaron 689 hojas de anamnesis de

pacientes diagnosticados de "Síndrome Subacromial", de pacientes derivados desde Atención Primaria o desde otros Servicios del hospital. De ellos, el 59,68% presentaba tendinopatía de manguito (supraespinoso principalmente) por estudios complementarios o alta sospecha tras la exploración, según el especialista. El 85,48% de los pacientes se manejó de forma conservadora, mientras que el 14,52% se remitió a Traumatología.

MANEJAR EL SÍNDROME SUBACROMIAL EN AP

Inicialmente se puede tratar con una pauta corta de analgésicos o anti inflamatorios. En caso de mal control de dolor o limitación funcional, podemos realizar una infiltración por referencia anatómica (lateral, entramos 1 cm por debajo del extremo externo del acromion y en dirección hacia la coracoides)³⁷, revisaremos el resultado en dos semanas y valoraremos una nueva infiltración si se precisa. Consideraríamos la derivación a Medicina Física y Rehabilitación en caso de

Figura 1. Algoritmo diagnóstico del síndrome subacromial en AP



que no se controle el dolor o si hay limitación del rango articular para, si procede, realizar infiltración ecoguiada y/o comenzar tratamiento fisioterápico. En el estudio observacional antes mencionado, al 37,1% de los pacientes les realizamos al menos una infiltración ecoguiada, pasando a sala de Fisioterapia para tratamiento el 59,7% de todos los pacientes. El 22,5% recibió infiltración + tratamiento en sala, mientras que el 74,2% recibió al menos uno de los dos tratamientos, que es un dato de traduce que la mayoría de las derivaciones fueron adecuadas.

La importancia de diferenciar el *impingement* frente a la tendinopatía es más evidente cuando tenemos la opción de infiltración ecoguiada, más precisa en nuestra opinión aún cuando aún no está establecida superioridad frente a la realizada por referencia anatómica ³²⁻³⁶. En caso de predominio de clínica de tendinopatía, se puede realizar una infiltración peritendinosa y, si hay predominio de la clínica de *impingement* anterosuperior, se podría realizar una infiltración en la bursa sub-acromio-subdeltoidea. La infiltración subcoracoidea y en caso de *impingement* intrínseco se pueden realizar mejor bajo guía ecográfica, al localizarse la lesión en la cápsula.

La decisión de inicio de Fisoterapia en sala dependerá de la cronología y los síntomas: en fases agudas posiblemente predominará el dolor, por lo que debe ser nuestra prioridad controlarlo cuanto antes. En fases subagudas predominará la rigidez y el déficit motor, por lo que el paciente se puede beneficiar de recomendación de ejercicios (www.sermef-ejercicios.org) y fisioterapia en sala. También los pacientes con impingement secundario pueden beneficiarse de un tratamiento de Fisioterapia que refuerce la musculatura de la cintura escapular.

CONCLUSIÓN

El SSA es una entidad fundamentalmente clínica que se puede identificar y manejar perfectamente de manera conservadora en sus fases iniciales desde la consulta de AP. En caso de mala evolución o datos de alarma, se puede considerar la derivación a Medicina Física y Rehabilitación para manejo conservador y plantear posible infiltración ecoguiada, a Traumatología para

valorar cirugía o a Reumatología para descartar proceso inflamatorio. El SSA anterosuperior es el más frecuente pero no debemos olvidarnos del subcoracoideo, ni del impingement interno, en caso de que la anamnesis o la exploración así lo sugieran.

Los autores declaramos la no existencia de conflicto de intereses.

BIBLIOGRAFÍA

- Van der Windt DA, Koes BW, de Jong BA, Bouter LM. Shoulder disorders in general practice: incidence, patient characteristics, and management. Ann Rheum Dis. 1995;54(12):959-964.
- Gómez N, López N. Patología del manguito de rotadores, un cajón de sastre? Rev Soc Madr Med Fam Comunitaria. 2001;1:18-20.
- Villar MF. Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo. Riesgos de trastornos musculoesqueléticos en la población laboral española. 2014.
- 4. Speed C. Shoulder pain. BMJ Clin Evid. 2006; 01:1107.
- Walankar PP, Panhale VP, Patil MM. Psychosocial factors, disability and quality of life in chronic shoulder pain patients with central sensitization. Health Psychol Res. 2020;8(2):8874.
- García MF, Medina M. Evolución y características de los pacientes con hombro doloroso en atención primaria. Aten Primaria. 2005; 35(4): 192–197.
- Marín-Gómez M, Navarro-Collado M^aJ, Peiró S, Trenor Comis C, Payá-Rubio A, Bernal-Delgado E, et al. La calidad de la atención al hombro doloroso: Audit clínico. Gac Sanit. 2006; 20(2):116- 123.
- 8. Sarkisian GC. Current concepts review. Subacromial impingement syndrome. J Bone Joint Surg Am. 1998;80(12): 1851.
- 9. Umer M, Qadir I, Azam M. Subacromial impingement syndrome. Orthop Rev (Pavia). 2012; 4(2): e18.
- Neer CS. Anterior acromioplasty for the chronic impingement syndrome in shoulder: a preliminary report. J Bone Joint Sug Am. 1972;54(1):41–50.
- Kennedy MS, Nicholson HD, Woodley SJ. Clinical anatomy of the subacromial and related shoulder bursae: A review of the literature. Clin Anat. 2017;30(2):213-226.
- 12. Tomita Y, Ozaki J, Sakurai G, Kondo T, Nakagaki K, Tamai S. Neurohistology of the subacromial bursa in rotator cuff tear. J of Orthopaedic Science volume. 1997; 2:295–300.

- 13. Umer M, Qadir I, Azam M. Subacromial impingement syndrome. Orthop Rev 2012;4(2):e18
- Kibler WB. The role of the scapula in athletic shoulder function. Am J Sports Med 1998;26(2):325–37.
- Lewis JS, Green A, Wright C. Subacromial impingement syndrome: the role of posture and muscle imbalance. J Shoulder Elbow Surg 2005;14(4):385–92.
- Sarkisian GC. Current concepts review. Subacromial impingement syndrome (79-A: 1854–1868, Dec. 1997).
 J Bone Joint Surg Am 1998;80(12): 1851.
- 17. Walch G, Boileau P, Noel E, Donell ST. Impingement of the deep surface of the supraspinatus tendon on the posterosuperior glenoid rim: An arthroscopic study. J Shoulder Elbow Surg. 1992;1(5):238-45.
- Gumina S. Scapular dyskinesis and SICK scapula syndrome in patients with chronic type III acromioclavicular dislocation. Arthroscopy. 2009 Jan; 25(1):40-5.
- 19. Karjalainen TV, Jain NB, Page CM, Lähdeoja TA, Johnston RV, Salamh P, et al. Subacromial decompression surgery for rotator cuff disease. Cochrane Database Syst Rev. 2019;1(1):CD005619.
- Ketola S, Lehtinen J, Arnala I, Nissinen M, Westenius H, Sintonen H, et al. Does arthroscopic acromioplasty provide any additional value in the treatment of shoulder impingement syndrome?: a two-year randomised controlled trial. J Bone Joint Surg Br. 2009;91(10):1326-34.
- 21. Park S, Chen YT, Thompson L, Kjoenoe A, Juul-Kristensen B, Cavalheri V, et al. No relationship between the acromiohumeral distance and pain in adults with subacromial pain syndrome: a systematic review and meta-analysis. Sci Rep 2020; 10, 20611.
- Cook JL, Rio E, Purdam CR. Revisiting the continuum model of tendon pathology: what is its merit in clinical practice and research? British Journal of Sports Medicine 2016;50:1187-1191.
- 23. Silva L, Otón T, Fernández M, Andréu JL. Maniobras exploratorias del hombro doloroso. Semin Fund Esp Reumatol. 2010;11(3):115–121.
- Buckup K. Pruebas clínicas para patología ósea, articular y muscular. Elsevier (2012).
- Vicente-Herrero MT, Capdevila García L, López González A, Ramírez Iñiguez de la Torre MV. El hombro y sus patologías en medicina del trabajo. SEMERGEN. 2009;35(4):197-202.

- 26. Itoi E, Kido T, Sano A, Urayama M, Sato K. Which is more useful, the "full can test" or the "empty can test," in detecting the torn supraspinatus tendon? Am J Sports Med. 1999;27(1):65-8.
- Kelly SM, Brittle N, Allen GM. The value of physical tests for subacromial impingement syndrome: a study of diagnostic accuracy. Clin Rehabil. 2010;24(2):149-58.
- Michener LA, Walsworth MK, Doukas WC, Murphy KP. Reliability and diagnostic accuracy of 5 physical examination tests and combination of tests for subacromial impingement. Arch Phys Med Rehabil. 2009;90(11):1898-903.
- Hegedus EJ. Which physical examination tests provide clinicians with the most value when examining the shoulder? Update of a systematic review with meta-analysis of individual tests. Br J Sports Med 2012;46:964–978.
- 30. Minagawa H, Et Al. Prevalence of symptomatic and asymptomatic rotator cuff tears in the general population: From mass-screening in one village. J Orthop. 2013; 10(1): 8–12.
- 31. De la Lama J, Galván A. Estudio observacional de Síndrome Subacromial en consultas externas de Medicina Física y Rehabilitación en el Hospital Virgen del Rocío (Sevilla). Muestra representativa con nivel de confianza del 90%. Datos pendientes de publicación.
- 32. Sanfélix J, Giner V, Fluixá C, Millán J, Fuertes A. Manual de Infiltraciones en Atención Primaria. Generalitat Valenciana (2007).
- Cole BF, Et Al. Ultrasound-Guided Versus Blind Subacromial Corticosteroid Injections for Subacromial Impingement Syndrome: A Randomized, Double-Blind Clinical Trial. Am J Sports Med. 2016;44(3):702-7.
- 34. Akbari N. Ultrasound-guided versus blind subacromial corticosteroid and local anesthetic injection in the treatment of subacromial impingement syndrome: A randomized study of efficacy. Jt Dis Relat Surg. 2020;31(1):115-22.
- 35. Rutten MJ. Injection of the subacromial-subdeltoid bursa: blind or ultrasound-guided? Acta Orthop. 2007;78(2):254-7.
- Dogu B, Yucel SD, Yamac Sag S, Bankaoglu M, Kuran B. Blind or ultrasound-guided corticosteroid injections and short-term response in subacromial impingement syndrome: a randomized, double-blind, prospective study. Am J Phys Med Rehabil. 2012;91(8):658-65.

ARTÍCULO ESPECIAL

Elaboración de un procedimiento para la identificación inequívoca de pacientes en la consulta telefónica en el ámbito de la atención primaria

Mestraitua Vázquez A

Especialista en Medicina de Familia y Comunitaria. Distrito Sanitario Atención Primaria Huelva Costa-Condado Campiña. Huelva. España

CORRESPONDENCIA

Ainhoa Mestraitua Vázquez E-mail: aimestravaz@gmail.com

Recibido el 15-06-2021; aceptado para publicación el 30-08-2021 Med fam Andal. 2021; 2: 125-136

RESUMEN

La consulta telefónica puede contribuir a mejorar la accesibilidad de los pacientes, pero requiere superar barreras como asegurar que la transmisión de la información se realiza a la persona correcta tras haber verificado su identidad.

Las deficiencias en la identificación de los pacientes comportan riesgos que pueden derivar en actuaciones erróneas por parte de las organizaciones sanitarias. Entre las prácticas seguras recogida en la Estrategia para la Seguridad del Paciente se encuentra asegurar la identificación inequívoca del paciente y su correcta verificación.

No disponemos en la actualidad de ningún procedimiento de identificación de pacientes para la consulta telefónica, por lo que desarrollo de este trabajo y su posterior implementación contribuirá a la concienciación de los profesionales en la práctica de la identificación inequívoca, así como a mejorar la seguridad de los pacientes en lo que a su identificación se refiere en el ámbito de la Atención Primaria.

INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la seguridad del paciente (SP) como "la reducción del riesgo de daños innecesarios relacionados con la atención sanitaria hasta un mínimo aceptable", constituyendo ésta un principio fundamental de la asistencia sanitaria. (1,2)

Sin embargo, este concepto ha ido evolucionando "hacia una visión más amplia del daño, que tiene en cuenta el balance entre los beneficios de la atención y los daños potenciales, en un contexto asistencial dinámico de innovación tecnológica, nuevas formas de organización y avances en el abordaje diagnóstico y terapéutico". (3)

Entre las conclusiones del estudio APEAS sobre la frecuencia y tipo de los eventos adversos en Atención Primaria (AP) realizado en España en 2008, se destaca que el 24.6% de los factores causales de los mismos están relacionados con la comunicación, de ellos el 20% con la comunicación entre el profesional y el paciente, y el 47,8% de los eventos adversos estuvieron relacionados con la medicación. (4)

Las deficiencias en la identificación de los pacientes comportan riesgos que pueden derivar en diagnósticos erróneos o la realización de pruebas o intervenciones quirúrgicas, o la administración de medicamentos o hemoderivados, a pacientes equivocados. Se debe garantizar la identificación inequívoca de todos los pacientes mediante métodos apropiados que permitan confirmar su identidad. (2)

JUSTIFICACIÓN

Desde su inicio en la década de 1950, la telemedicina se ha expandido exponencialmente. (5)

Los avances de las nuevas tecnologías están emergiendo como una alternativa viable y favorecedora de la comunicación del médico con sus pacientes posibilitando realizar, de forma virtual, acciones o trámites que hasta ahora necesitaban nuestra presencia física. (6,7)

Ante la situación de sobrecarga asistencial y la existencia de listas de espera, la consulta telefónica (CT) puede contribuir a la accesibilidad y a reforzar la relación médico-paciente, capacita para la transmisión de datos clínicos, de resultados de pruebas diagnósticas y resolución de trámites administrativos en ambas direcciones. (7)

La CT en AP mejora la accesibilidad y reduce las interrupciones de la consulta por llamadas no programadas. Se ha demostrado que esta vía de comunicación es capaz de resolver problemas de diversa clase y en distintos grupos de edad. ^(6,8)

En el entorno anglosajón existe más experiencia con su uso. En Reino Unido, en el periodo 2008-2009 representaban un 12 % del total de consultas realizadas en AP. ⁽⁹⁾

Para su implantación es necesario vencer barreras, como son la disponibilidad de dispositivos, líneas, números de teléfono, espacio en agenda, habilidades comunicativas, indicaciones claras para su uso y el rechazo parcial de algunos pacientes y profesionales. ⁽⁸⁾ (Anexo 1. Ventajas e inconvenientes de la CT).

Una de las barreras que podría englobarse dentro de la SP, sería la necesidad de una adecuada identificación inequívoca del paciente. Si con el paciente presente la identificación inequívoca ya se considera un punto crítico en todas las fases de la atención, este hecho se acentúa cuando el paciente está alejado.

La OMS establece como prioridad la correcta identificación del paciente, dentro de las políticas de mejora de la seguridad de la asistencia sanitaria. Según las estrategias sugeridas por la OMS, las organizaciones de atención sanitaria deberían contar con sistemas implementados que hagan énfasis en la responsabilidad de los trabajadores de verificar la identidad de los pacientes. (10)

La importancia de la correcta identificación del paciente alcanza tal magnitud que es considerada como un derecho reconocido del recién nacido, tanto a nivel internacional como nacional, y constituye una prioridad dentro de las políticas de mejora de la seguridad de la asistencia sanitaria. (10, 11)

Los profesionales de AP están haciendo CT de todo tipo, muchas de ellas complejas por el tipo de paciente, el motivo/s de consulta, o por ambas cosas. (8)

La consulta no presencial ha resuelto problemas y ha sido adecuada para solucionar dudas de medicación, tareas administrativas y la mayor parte de los asuntos referentes a patologías médicas agudas y seguimientos crónicos. (6,7)

También influye en la reducción de las listas de espera, logrando mejorar uno de los criterios de calidad asistencial sanitaria: la accesibilidad al sistema. (6, 7)

En esta pandemia, la CT en AP ha sido clave para permitir seguir trabajando a los profesionales sanitarios confinados por patologías previas, por edad o por ser COVID positivos, también para el

seguimiento de pacientes COVID, y para resolver muchos otros problemas de salud, disminuyendo la afluencia de pacientes al centro y, por tanto, reduciendo las posibilidades de contagio del virus. (8)

La CT no ha sido primordial únicamente en AP, sino que muchos servicios hospitalarios han elegido la CT como alternativa a la presencial, ya que la consideraron una opción más efectiva para prestar atención a los pacientes por el mismo motivo. (5, 12, 13, 14)

Debemos tener en cuenta los problemas de confidencialidad que puede suponer este tipo de consultas ya que se pueden plantear problemas de privacidad de la información y seguridad de las decisiones que se puedan tomar sin el paciente como interlocutor directo de la llamada cuando sus condiciones físicas y/o psíquicas no se lo permitan. (9, 15)

Este tipo de consultas puede plantear problemas ético-legales, ya que debemos conciliar el interés del paciente/cuidador y ser facilitadores, pero, por otra parte, debemos estar muy seguros de cuándo y a quién dar información. ⁽⁹⁾

La identificación inequívoca de pacientes (IIP) y la verificación de su identidad tienen el propósito de reconocer de forma fidedigna al paciente como la persona a la que se va a prestar la atención, especialmente antes de la realización de procedimientos diagnósticos y/o terapéuticos de riesgo, evitando errores en el curso de su asistencia sanitaria. Esta práctica, prioritaria para el Sistema Sanitario Público de Andalucía (SSPA), está reconocida como requisito básico para garantizar una atención sanitaria segura y debe incluir no solo al paciente sino también a toda su documentación clínica, muestras biológicas o pruebas diagnósticas. En Andalucía se ha protocolizado la práctica de identificación y verificación que incluye elementos como la comprobación verbal de los datos, la capacitación permanente de profesionales sobre los procedimientos de control y verificación de la identidad en los diferentes ámbitos de actuación y la implicación de los pacientes en su correcta identificación. (3)

Potenciar la identificación y avanzar en la verificación de la identidad del paciente, de su información clínica o de sus pruebas diagnósticas, antes de la prestación de la atención por parte de los profesionales, es una de las oportunidades de mejora recogida en la Estrategia para la Seguridad del Paciente del SSPA. (3)

OBJETIVOS

Objetivo general

Elaborar un procedimiento para la IIP en la CT.

Objetivos específicos

- Elaborar un sistema estandarizado de identificación.
- Revisar y analizar en la literatura, experiencias de IIP y/o personas y procedimientos disponibles de organizaciones sanitarias similares y no sanitarias.
- Describir y representar el procedimiento para la IIP en la CT en el ámbito de AP.

METODOLOGÍA

- 1. Constitución de un grupo de trabajo.
- 2. Identificación del modelo de procedimiento.
- 3. Revisión bibliográfica.
- Revisión y análisis de procedimientos disponibles en organizaciones sanitarias. similares o no sanitarias.
- Elaboración del procedimiento.

Constitución de un grupo de trabajo

Para preparar el procedimiento se propuso formar un grupo de trabajo constituido por profesionales clave, integrado por una médica, una enfermera, una técnica en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE), una administrativa y una tra-

bajadora social, lo que determina una adecuada validación grupal, quedando así representados los profesionales de las categorías que más utilizan la CT en la asistencia a los pacientes.

Identificación del modelo de procedimiento

En esta fase se consensuó por parte del grupo el modelo de procedimiento a elaborar, los apartados a incluir y los diferentes aspectos a abordar.

Revisión de la literatura

Se llevó a cabo una revisión no sistemática y análisis de la literatura sobre IIP en la CT en el ámbito de la AP en las bases de datos PubMed, Scielo y UpToDate utilizando los descriptores MeSH: "Patient Safety", "Remote Consultation", "Primary Health Care" y su traducción en DeCS: "Seguridad del Paciente", "Consulta Remota", "Atención Primaria". La bibliografía en este proyecto se encuentra actualizada hasta el año 2020.

Los buscadores utilizados fueron la Biblioteca Virtual del Sistema Sanitario Público de Andalucía (BV-SSPA) y Google Académico.

Se seleccionaron los artículos publicados en el periodo 2009-2021 y escritos en inglés o español.

Revisión de procedimientos

Para la revisión de los procedimientos existentes en organizaciones del SSPA se contó con la ayuda de las/los referentes de seguridad de algunos centros hospitalarios en los que disponen de un procedimiento de IIP, con la autorización de la Dirección de la Estrategia de Seguridad del Paciente de Andalucía para hacer dicha consulta.

Además, se realizó una búsqueda a través de google por si hubiera publicado alguna guía, procedimiento, protocolo o proceso relacionados con este tema a nivel estatal.

Elaboración del procedimiento

El procedimiento se elaboró teniendo en cuenta la revisión realizada previamente de la literatura, de los procedimientos existentes y las aportaciones del grupo de trabajo.

RESULTADOS

Se obtuvieron 492 artículos. Se excluyeron los estudios para los cuales no pude identificar un texto completo, por no tener acceso libre. Se incluyeron documentos que abordan temas clave para el presente trabajo (n=15).

No se encontraron artículos que trataran de forma específica la IIP en la CT en el ámbito de la AP.

Análisis de procedimientos

La Dirección de la Estrategia de Seguridad del Paciente del SSPA no tiene constancia de la implantación de ningún procedimiento tan específico exclusivo para CT y autorizó la consulta a los referentes de Seguridad del Paciente de 9 unidades que lo tuvieran implantado. Las 9 unidades facilitaron procedimientos específicos de IIP para centros hospitalarios y, por lo tanto, ninguno incorpora ítems para el procedimiento a elaborar, excepto la identificación de pacientes en el proceso de citación.

No se han identificado procedimientos específicos para la atención telefónica en AP.

Modelo para la elaboración del procedimiento

Con todo ello se definió un modelo de procedimiento con una estructura y unos contenidos.

Asimismo, se consensua que debe ser breve y estar redactado en un lenguaje comprensible para que los profesionales a los que va dirigido conozcan de forma inequívoca qué hay que hacer, cuándo, cómo y quién.

PROCEDIMIENTO DE IDENTIFICACIÓN INEQUÍVOCA DE PACIENTES EN LA CON-SULTA TELEFÓNICA EN EL ÁMBITO DE LA ATENCIÓN PRIMARIA

1. PROPÓSITO

Llevar a cabo una intervención que facilite un entorno seguro en el ámbito de la AP y que, a su vez, permita realizar una segura identificación del paciente por parte de profesionales médicos/as, enfermeras, administrativos/as, TCAE, trabajo social y otros profesionales que realizan CT.

2. OBJETIVOS

Realizar una correcta identificación inequívoca del paciente durante la asistencia telemática.

Fomentar la concienciación de los profesionales en la práctica de la IIP.

3. LÍMITES DE ENTRADA Y SALIDA

El procedimiento se inicia con la CT y finaliza con la transmisión de la información a la persona correcta tras haber verificado su identidad.

Se considerarán como límite de salida forzada del procedimiento la imposibilidad para identificar al paciente por desconocimiento de datos mínimos necesarios para ser el receptor de la información, y la intención de recibir información sensible por parte de un tercero para lo que desconocemos la autorización del paciente en cuestión.

En estos casos el paciente/cuidador/tutor/familiar/acompañante será citado presencialmente aportando la documentación requerida.

4. ÁMBITO DE APLICACIÓN

Este procedimiento será de aplicación en AP y va dirigido a los profesionales médicos/as y enfermeras, TCAE, administración, trabajo social y otros profesionales de las unidades que prestan asistencia telefónica a población adulta, instándoles a implantar y verificar de forma satisfactoria un nuevo método para la optimización de procedimientos de actuación sobre la identificación de pacientes.

5. POBLACIÓN DIANA

Población candidata a recibir atención sanitaria a

través de CT, independientemente de la información que vaya a proporcionarse al paciente, quedando excluida en este estudio la población pediátrica.

6. RESPONSABLES

- Dirección del Distrito Sanitario de AP.
- Cargos intermedios.
- Referentes de seguridad de las unidades.
- Profesionales involucrados en la IIP:
 - Médico/a
 - Enfermera
 - TCAE
 - Administrativo/a
 - Trabajador/a social
 - Todo aquel profesional que lleve a cabo intervenciones telefónicas con pacientes.

8. FASES

A. SITUACIONES DE VERIFICACIÓN E IDEN-TIFICACIÓN DOCUMENTAL Y VERBAL

B. MÉTODO DE VERIFICACIÓN VERBAL/ DOCUMENTAL

C. IDENTIFICACIÓN ADECUADA DEL PA-CIENTE

D. CONSIDERAR BARRERAS

E.REGISTROENHISTORIA CLÍNICA DESALUD

9. DESARROLLO Y REPRESENTACIÓN GRÁFICA

El procedimiento comienza con la consulta telefónica y finaliza con la transmisión de la información a la persona correcta (anexo 2).

A. SITUACIONES DE VERIFICACIÓN E IDEN-TIFICACIÓN DOCUMENTAL Y VERBAL

- 1. Servicio de Atención Ciudadana y secretarías:
- En cualquier contacto con admisión.

- Gestión de citas para cualquier procedimiento o asistencia.
- Gestión de recogida de documentación en el centro de salud.
- Atención domiciliaria: gestión y confirmación de visitas.
- Solicitud de pruebas diagnósticas.
- 2. Consulta telefónica Medicina/Enfermería/ TCAE/Trabajo Social/Otros profesionales:
- En cualquier contacto telefónico y tanto más exhaustivo cuanto más sensible sea la información a tratar.
- Valoración clínica de pacientes por Medicina y/o Enfermería.
- Transmisión de información confidencial (datos clínicos, resultados de pruebas complementarias, datos administrativos, tratamientos/prescripciones).
- Intervenciones llevadas a cabo por Trabajo Social de cualquier índole, extremando precauciones en caso de tratarse de información de especial sensibilidad.
- Atención telefónica de pacientes por parte de otros profesionales de la unidad.
- 3. En situaciones de extrema sensibilidad de la información a tratar, se citará al paciente presencialmente.

B. IDENTIFICACIÓN ADECUADA DEL PA-CIENTE

El procedimiento se activará al iniciar el proceso asistencial con el paciente a través de un contacto telefónico.

Los datos se recogerán previamente a la comunicación de la información.

Datos identificativos inequívocos: pertenecen a un solo paciente y no pueden ser compartidos por otros (Nombre y Apellidos, fecha de nacimiento, Número Único de Historia de Salud de Andalucía (NUHSA), DNI, Nº Pasaporte, Nº Seguridad Social).

Verificación Verbal: Proceso mediante el cual el profesional que realiza la atención telefónica comprueba la identidad del paciente preguntando datos en función del nivel de sensibilidad de la información a tratar.

- Información catalogada como de baja sensibilidad: se preguntará por nombre, apellidos y fecha de nacimiento. (Tabla 1)
- Información catalogada como de moderada sensibilidad: además se preguntará por DNI, NIF/NIE y/o pasaporte. (Tabla 2)
- Información catalogada como de alta sensibilidad: además se preguntará por Nº Seguridad Social. (Tabla 3)
- Información catalogada como de extrema sensibilidad (puede comprometer la integridad de la persona): se citará al paciente en consulta presencial y se verificará la identidad con todos los datos. (Tabla 4)

Tabla 1. Información con grado de sensibilidad Bajo

Gestión de citas

Gestión recogida de documentación u otros en centro salud

Atención domiciliaria: gestión y confirmación de visitas

Solicitud de pruebas diagnósticas

Recetas de productos sanitarios (tiras reactivas, absorbentes...)

Fuente: elaboración propia

Tabla 2. Información con grado de sensibilidad Moderado

Recomendaciones hábitos de vida y cuidados

Promoción de la salud

Prevención de la enfermedad

Información general sobre procesos crónicos

Fuente: elaboración propia

Tabla 3. Información con grado de sensibilidad Alto

Valoración clínica/Información clínica (médica y enfermera)

Abordaje psicosocial

Atención Ley de Dependencia

Enfermera referente escolar COVID

Resultados pruebas complementarias

Tratamientos/prescripciones

Datos administrativos

Fuente: elaboración propia

Tabla 4. Información con grado de sensibilidad Extremo

Puede comprometer la integridad de la persona

Asistencia por Trabajo Social:

Atención a malos tratos

Mujeres maltratadas o no

Personas protegidas

Menores en desamparo o con separación de padres

Medidas provisionales o urgentes

Familias acogedoras

Separaciones

Incapacitaciones

Mayores dependientes o no

Litigios de hijos por cuidados

Herencias

Identificación y gestión de tarjeta sanitaria de inmigrantes Conflictos familiares

Situaciones de inestabilidad emocional

Adolescentes

Tramitación de prestaciones y/o recursos

Reconocimientos de discapacidad

Derivaciones a Servicios Sociales u otras entidades...

Fuente: elaboración propia

C. MÉTODO DE VERIFICACIÓN VERBAL

La identificación positiva o verificación de la identidad de los pacientes consta de dos pasos, siendo imprescindibles ambos para poder garantizar una identificación inequívoca.

Primer paso (verificación verbal):

Preguntar al paciente por los datos identificativos inequívocos en función del grado de sensibilidad de la información a tratar.

Segundo paso:

Los datos de la verificación verbal se compararán con los que aparecen en la historia clínica, con el fin de identificar de forma inequívoca al paciente como la persona a la que va dirigida la información.

La verificación de los datos identificativos del paciente se repetirá verbalmente en todos los contactos de la atención telefónica.

El paciente será convenientemente informado del uso y finalidad de esta medida de seguridad, solicitando su participación activa.

D. CONSIDERAR BARRERAS

Los pacientes también pueden tener barreras de lenguaje, idiomáticas, problemas de audición, discapacidad, personas mayores, o ser demasiado jóvenes, aspectos todos que pueden aumentar la probabilidad de errores y atentar contra la seguridad en la atención de los pacientes. En estos casos se consultará la identificación a la persona cuidadora/tutor/ familiar/acompañante a quien se preguntará por la relación con el paciente, el consentimiento del paciente (si es posible), y si el paciente se encuentra presente en la llamada (si es posible).

E. REGISTRO DE LA REALIZACIÓN DEL PROCEDIMIENTO EN HISTORIA CLÍNICA DE SALUD

El registro de haber aplicado el procedimiento se hará en primer lugar, en la hoja de seguimiento del paciente atendido telefónicamente, para lo que habrá 4 opciones posibles según el grado de sensibilidad de la información proporcionada: "Realizado procedimiento de identificación inequívoca del paciente grado de sensibilidad bajo/moderado/alto/extremo".

El registro de haber informado al paciente de la utilidad de la identificación inequívoca se hará en la misma hoja de seguimiento del paciente atendido telefónicamente, a continuación de la anotación anterior, mediante la cita "Se informa al paciente".

10. SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN

Una vez implementado el sistema de identificación se procederá a una evaluación para observar el grado de implantación y los problemas, dificultades y oportunidades de mejora que pudieran presentarse.

En aquellas unidades que implanten este procedimiento por primera vez, sería recomendable la confección de un registro de incidencias, para que durante los primeros meses de rodaje se recojan aquellos problemas o dificultades encontrados.

Para llevar a cabo la evaluación se dispondrá de indicadores que midan la implantación, el conocimiento del procedimiento, su aplicación y la información al paciente.

11. DIFUSIÓN

1. A profesionales

Objetivo: Implantación de un procedimiento e instauración de una nueva conducta de comprobación por parte de los profesionales.

Herramienta: Presentación y difusión en las unidades para conocimiento de los profesionales. Folleto informativo.

2. A pacientes

Objetivo: Implantación de un procedimiento de identificación. Instauración de una conducta proactiva en el paciente: que el propio paciente solicite ser identificado.

Herramienta: Folleto informativo. Cartel informativo. Difusión en redes sociales.

12. ANEXOS

Anexo 1

Infografía. Ventajas e inconvenientes de la CT. (Figura 1)

Fuente: Elena Muñoz Seco. La entrevista telefónica. AMF. 2020;16(11):659-667

Anexo 2

Algoritmo de actuación. (Figura 2)

REFLEXIONES FINALES

El presente trabajo tiene como objetivo dar solidez a una modalidad de actividad asistencial como es la CT que, aunque se lleva a cabo desde hace años, es ahora por circunstancias inesperadas, cuando ha adquirido una gran relevancia.

Identificar de forma inequívoca a los pacientes a los que va dirigida la asistencia sanitaria, y a su vez relacionar cualquier actuación a realizar con cada paciente, debe ser el punto de partida para una atención segura y de calidad, y una prioridad para todos los profesionales, sanitarios y no sanitarios, que tengan contacto con el paciente.

El análisis de las 139 evaluaciones realizadas por la ACSA durante el periodo 2017-2019 muestra que el 43,9 % de los proyectos de certificación no cumplen con el estándar relacionado con la identificación inequívoca de las personas y muestras para pruebas diagnósticas. Las principales deficiencias encontradas durante las visitas de evaluación estaban relacionadas con el procedimiento de identificación de pacientes.

Conociendo los resultados de este análisis, disponía de una buena oportunidad para elaborar e implementar un procedimiento de IIP específico para la CT en el ámbito de la AP.

El no haber encontrado un procedimiento previo que abordara la identificación de pacientes en la CT en AP hizo que los procedimientos evaluados fueran los elaborados por unidades hospitalarias, Figura 1

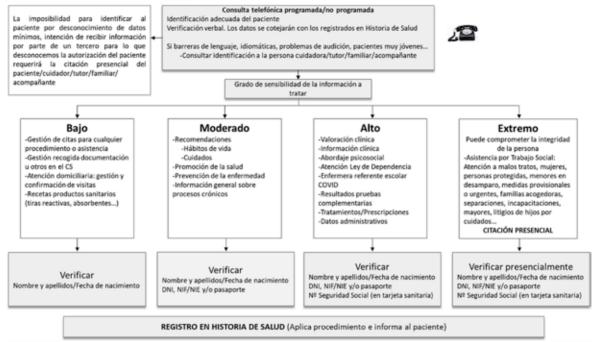


contribuyendo a ampliar la visión y aportando aspectos de interés para el trabajo.

En futuras actualizaciones, las líneas de trabajo podrían ir encaminadas a monitorizar el cumplimiento del proceso de identificación mediante la

Figura 2

ALGORITMO DE ACTUACIÓN



elaboración de un sistema de evaluación cuyos indicadores se extraerían del registro en la Historia de Salud.

Mejorar resultados en salud (cumplimentación, adherencia a recomendaciones y tratamientos, seguridad, proactividad...) sería lo más deseable y esperado tras la implementación de cualquier intervención sanitaria y su evaluación podría plantearse en un futuro.

CONFLICTO DE INTERESES

Ninguno.

AGRADECIMIENTOS

A mi compañera Inmaculada Mesa, quien me animó a iniciar este proyecto y tantos otros. A Elena Corpas e Inmaculada García, sin ellas no hubiera sido posible. A mi grupo de trabajo y a Juan de Dios Alcántara por su apoyo incondicional.

BIBLIOGRAFÍA

- World Health Organization (WHO). Más que palabras: Marco Conceptual de la Clasificación Internacional para la Seguridad del Paciente. Informe Técnico Definitivo. WHO; 2009. [Consultado 03 junio 2021]. https://www.who.int/patientsafety/implementation/ icps/icps_full_report_es.pdf
- Ministerio de Sanidad SS e I. Estrategia de Seguridad del Paciente del Sistema Nacional de Salud 2015-2020. [Internet]. Madrid; 2016 [Consultado 03 junio 2021]. https://www.seguridaddelpaciente.es/resources/ documentos/2015/Estrategia%20Seguridad%20del%20 Paciente%202015-2020.pdf
- Moreno Campoy EE, Fernández Ruiz I, Pérez Pérez P, Barrera Becerra C, Corpas Nogales E, Suárez Alemán G, et al. Estrategia para la seguridad del paciente [Internet]. Sevilla: Consejería de Salud y Familias. Junta de Andalucía; 2019. 123 p. [Consultado 03 junio 2021]. https://juntadeandalucia.es/export/drupaljda/EstrategialSeguridadPaciente_v5.pdf

- Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud. Estudio APEAS Estudio sobre la seguridad de los pacientes en atención primaria de salud [Internet]. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid; 2008 [Consultado 03 junio 2021]. https://www.mscbs.gob.es/organizacion/sns/plan-CalidadSNS/docs/estudio_apeas.pdf
- Muñoz-Duyos A, Abarca-Alvarado N, Lagares-Tena L, Sobrerroca L, Costa D, Boada M, Ureña D, Delgado-Rivilla S. Teleconsultation in a coloproctology unit during the COVID-19 pandemic. Preliminary results. Cir Esp. 2020 Jul 8:S0009-739X(20)30226-9. English, Spanish. doi: 10.1016/j.ciresp.2020.06.019. Epub ahead of print. PMID: 32811680; PMCID: PMC7342026. [Consultado 03 junio 2021].
 - https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32811680/
- De la Fuente Ballesteros SL, García Granja N, Hernández Carrasco M, Hidalgo Benito A, García Álvarez I, García Ramón E. La consulta no presencial como herramienta de mejora de la consulta a demanda en atención primaria [Tele-medicine consultation as a tool to improve the demand for consultation in Primary Care]. Semergen. 2018 Oct;44(7):458-462. Spanish. doi: 10.1016/j.semerg.2018.05.006. Epub 2018 Aug 24. PMID: 30149978. [Consultado 03 junio 2021]. https://www.elsevier.es/es-revista-medicina-familiasemergen-40-pdf-S1138359318302867
- Nerea García Granja, Elpidio García Ramón, Alba Hidalgo Benito, María Hernández Carrasco, Sara Leticia de la Fuente Ballesteros, Irene García Álvarez. Implantación de una consulta telefónica a demanda en atención primaria. Med Gen Fam. 2018; 7(2): 51-54. http://dx.doi.org/10.24038/mgyf.2018.025 [Consultado 03 junio 2021]. http://mgyf.org/implantacion-de-una-consultatelefonica-a-demanda-en-atencion-primaria/
- Elena Muñoz Seco. La entrevista telefónica. AMF 2020;16(11):659-667. [Consultado 03 junio 2021]. https://amf-semfyc.com/web/article_ver. php?id=2852 https://amf-semfyc.com/web/article_ver. php?id=2656
- García-Mendoza, Vaneza A, Picazo-Cantos, Julia, Ballesteros-Merino, Marta, Pérez-Griñán, Laura, Moro-Lago, Isabel, Martínez-Ruiz, Marta, & Téllez-Lapeira, Juan M. (2020). ¿Para qué llaman los pacientes?: evaluación de consultas telefónicas no urgentes en Atención Primaria. Revista Clínica de Medicina de Familia, 13(1), 7-14. Epub 20 de abril de 2020. [Consultado 03 junio 2021]. http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_ arttext&pid=S1699-695X2020000100003
- Sanz López E, Sánchez Luna M, Rite Gracia S, Benavente Fernández I, Leante Castellanos JL, Pérez Muñuzuri A, Ruiz Campillo CW, Sánchez Redondo MD; en representación del Comité de Estándares. Sociedad Española de Neonatología. Recomendaciones para la identificación inequívoca del recién nacido [Recommendations for the unequivocal identification of the newborn]. An Pediatr (Barc). 2017 Oct;87(4):235. e1-235.e4. Spanish. doi: 10.1016/j.anpedi.2017.03.008. Epub 2017 Apr 14. PMID: 28416409. [Consultado 03 junio 2021]. https://www.analesdepediatria.org/es-pdf-S1695403317301534

- 11. Covas MDC, Salvatierra B, Velázquez V, Alda ER. Utilización de la pulsera de identificación en el recién nacido. ¿Un método seguro? [Use of the identification bracelet in the newborn. A safe method?]. Arch Argent Pediatr. 2018 Feb 1;116(1):72-76. Spanish. doi: 10.5546/ aap.2018.72. PMID: 29333843. [Consultado 03 junio 2021]. https://www.sap.org.ar/docs/publicaciones/archivosarg/2018/v116n1a41.pdf
- 12. Leibar Tamayo A, Linares Espinós E, Ríos González E, Trelles Guzmán C, Álvarez-Maestro M, de Castro Guerín C, Fernández-Pascual E, Girón de Francisco M, Gómez de Vicente JM, Gómez Rivas J, Mainez Rodriguez JA, Pérez-Carral JR, Garcia-Matres MJ, Martinez-Piñeiro L. Evaluation of teleconsultation system in the urological patient during the COVID-19 pandemic. Actas Urol Esp. 2020 Nov;44(9):617-622. English, Spanish. doi: 10.1016/j. acuro.2020.06.002. Epub 2020 Jun 18. PMID: 32650954; PMCID: PMC7301061. [Consultado 03 junio 2021]. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/ PMC7301061/
- 13. Isasti G, Fernández JFD. Comparison of telehealth and traditional face-to-face model during COVID-19 pandemic. Med Clin (Barc). 2020 Oct 23;155(8):361-362. English, Spanish. doi: 10.1016/j. medcli.2020.06.024. Epub 2020 Jul 9. PMID: 32711924; PMCID: PMC7346770. [Consultado 03 junio 2021]. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/ PMC7346770/
- 14. Gómez González MDR, Piqueras Pérez FM, Guillamón Vivancos L, Galindo Iñiguez L, Jara Maquilón A, Martínez Alonso JA. Gestión de la consulta de otorrinolaringología durante el estado de alarma por la pandemia del COVID-19. ¿Es útil la consulta telefónica en ORL? [Management of the ENT consultation during the COVID-19 pandemic alert. Are ENT telephone consultations useful?]. Acta Otorrinolaringol Esp. 2021 May-Jun;72(3):190-194. Spanish. doi: 10.1016/j. otorri.2020.06.001. Epub 2020 Jul 8. PMID: 34017146; PMCID: PMC7345385. [Consultado 03 junio 2021]. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/ PMC7345385/
- 15. Gimeno-Vicente M, Alfaro-Rubio A, Gimeno-Carpio E. Teledermatology by WhatsApp in Valencia: Characteristics of Remote Consultation and Its Emotional Impact on the Dermatologist. Actas Dermosifiliogr. 2020 Jun;111(5):364-380. English, Spanish. doi: 10.1016/j.ad.2019.10.003. Epub 2020 May 11. PMID: 32404241. [Consultado 03 junio 2021]. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32404241/

Documentos de interés

Consejería de Salud. Junta de Andalucía. Estrategia para la Seguridad del paciente en el SSPA 2006-2010 [Internet]. 2006 [Consultado 03 junio 2021].

https://www.sspa.juntadeandalucia.es/agenciadecalidadsanitaria/observatorioseguridadpaciente/gestor/ sites/PortalObservatorio/estrategia/descargas/Estrategia_SP_2006-2010.pdf

Vincent C, Amalberti R. Seguridad del Paciente Estrategias para una asistencia sanitaria más segura [Internet]. Modus

Laborandi; 2016 [cited 2019 Jul 21]. 271p. [Consultado 03 junio 2021].

https://www.seguridaddelpaciente.es/resources/documentos/2016/presentacion-libro-15-diciembre/Seguridad_del_paciente.pdf

J.A. Sánchez Losada, M.E. Albarrán Juan y S. Romero Sánchez. Medico-Legal Analysis of Medical Telephone Consultation:Professional Legal Risks and Patient. Revista de la Escuela de Medicina Legal. 2010. ISSN 1885-9577 [Consultado 27 marzo 2021].

https://docplayer.es/17390527-Analisis-medico-legal-de-la-consulta-medica-telefonica-riesgos-legales-profesionales-y-seguridad-del-paciente.html

Recomendaciones de la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía. Nº 12. Identificación inequívoca de pacientes. Mayo 2020. [Consultado 03 junio 2021].

https://www.sspa.juntadeandalucia.es/agenciadecalidadsanitaria/blog/recomendaciones/recomendacion-no-12-identificacion-inequivoca-de-pacientes/

Sano y salvo. Blog de seguridad del paciente en Atención Primaria. Recomendaciones para una consulta telefónica segura: hojas informativas/infografías para el paciente y para el profesional. [Consultado 03 junio 2021].

https://sano-y-salvo.blogspot.com/2021/03/infografia-y-recomendaciones-para.html

CARTAS AL DIRECTOR

Diferencias entre residencias de ancianos en pacientes institucionalizados de una provincia andaluza

Recibido el 30-06-2021; aceptado para publicación el 27-08-2021

Sr. Director:

El envejecimiento de la sociedad es una realidad. Este envejecimiento, la incorporación de la mujer en el mercado laboral y el aumento de la esperanza de vida, entre otros factores, han supuesto un incremento en la institucionalización. Se ha producido un aumento del número de residencias de ancianos en todo el país. Orientada desde un carácter biopsicosocial los centros residenciales aportan características básicas, como alojamiento, asistencia de sus actividades básicas, atención social y sanitaria. Se ha realizado un estudio acerca de "mortalidad, calidad de vida y uso de recursos sanitarios: diferencias entre pacientes institucionalizados y en atención domiciliaria en la provincia de Sevilla".

Se trata de un estudio observacional descriptivo longitudinal prospectivo de cohortes llevado a cabo en Sevilla durante el año 2016, cuenta con 1314 pacientes ancianos de características similares (1061 institucionalizados y 253 atención domiciliaria) durante el período de un año.

Las variables estudiadas fueron la mortalidad y sus factores potenciales y el uso de recursos sanitarios, entre otras. No se encontraron diferencias en la mortalidad entre pacientes en residencia y en domicilio (riesgo relativo, RR=1,044; intervalo de confianza, IC al 95 % 0,74-1,46; p=0,799).

En el grupo de los pacientes institucionalizados se estudió si existían diferencias significativas entre las distintas residencias respecto a la mortalidad, siendo positivo el resultado (p=0,001). Se observó que en algunas de ellas la mortalidad era muy diferente a la esperada (para que no existieran diferencias), llegando incluso a ser la mitad en algunas. Por este motivo se analizaron las residencias en función del número de residentes.

Según esta clasificación, se entiende como una residencia de gran tamaño aquella que cuenta con más o igual a 50 plazas y de pequeño tamaño si el número de plazas es menor a 50. También se analizó según si había diferencias respecto al carácter de la entidad, religioso (donde el cuidado está al cargo de monjas) o no. Los resultados obtenidos fueron los siguientes:

No se encontraron diferencias significativas respecto a la mortalidad en relación al tamaño de la residencia (p=0,062). No obstante, el número de fallecidos en las residencias pequeñas fue menor que el número de pacientes fallecidos estadísticamente esperado según la hipótesis nula (igualdad de mortalidad entre grupos).

Si había diferencias estadísticamente significativas entre las residencias de carácter religioso y el resto (p=0,004). En las residencias donde las monjas son las cuidadoras la mortalidad fue menor.

También se analizó si existían diferencias entre las diferentes residencias en relación con el número de avisos a su médico de atención primaria (MAP) y a dispositivos de urgencias (DCCUU), encontrándolas (p<0,001). Se agruparon las residencias en función del número de plazas al igual que en el análisis anterior (grandes y pequeñas) y se estudió si había diferencias entre ambos en función del número de avisos, no existiendo ni para avisos a su MAP (p=0,156), ni para aquellos solicitados a los DCCU (p=0,53). No obstante, aunque las diferencias no fueron significativas, el número de avisos fue considerablemente mayor en las residencias de gran tamaño. (Tabla 1)

En este estudio se encuentran diferencias entre las residencias en función de la mortalidad. Hay muy poco descrito en la bibliografía acerca de

Tabla 1. Uso de recursos sanitarios y características de las residencias

	Residencia	Media	DT
Avisos MAP	Grande ≥ 50 plazas	0,81	1,89
	Pequeña < 50 plazas	0,79	1,97
Avisos DCCUU	Grande ≥ 50 plazas	0,5	1,08
	Pequeña < 50plazas	0,34	0,9

este tema, por lo que parece interesante analizar las posibles desigualdades que podían existir entre ellas. Habiendo encontrado diferencias entre residencias en cuando a la mortalidad, se analizan los resultados para estudiar si existe alguna característica que distinga a los distintos centros. Así, se plantea que una de las causas puede ser el número de residentes. Sin embargo, no se encontraron diferencias significativas respecto a la mortalidad en relación al tamaño de la residencia (p = 0.062). No obstante, el porcentaje del número de fallecidos en las residencias pequeñas fue menor (12,17%) que el porcentaje de las residencias grandes (22,2%). Analizando si existía alguna otra característica diferenciadora, se detectó que en aquellas residencias en las que las cuidadoras eran monjas tenían un índice de mortalidad menor. Así, agrupando las residencias en carácter religioso o no, si se encontraron diferencias estadísticamente significativas (p=0,004) en relación a la mortalidad.

Aunque las diferencias no fueron de carácter significativo, la media del uso de recursos sanitarios fue bastante mayor en aquellos pacientes que se encontraban en residencias grandes. Estos resultados invitan a pensar que el trato cercano y personal, que permite conocer a los residentes, sus características y su evolución, podría justificar el menor uso de recursos e incluso la menor mortalidad. Las residencias grandes suelen hacer más cambios y contar con una plantilla más amplia, que al llevar a tantos pacientes a su cargo no pueden conocerlos con la misma profundidad que en aquellas residencias donde el número de residentes es menor. Se podría hacer una similitud con el menor número de pruebas complementarias y menor mortalidad en pacientes cuyo seguimiento es realizado siempre por el mismo médico.

Estos datos invitan a reflexionar a la importancia del seguimiento longitudinal y cercano de los pacientes en atención primaria.

AGRADECIMIENTOS

Este proyecto ha recibido financiación a través de la Sociedad Andaluza de Medicina Familiar y Comunitaria con el Premio Becas "Isabel Fernández" para la elaboración de proyectos de investigación y tesis doctorales en su convocatoria de 2017 (Ref. Exp. 146 / 17).

BIBLIOGRAFÍA

- Madrigal Muñoz A. Los servicios sociales para personas mayores en España. In: Informe 2016 Las personas mayores en España Datos estadísticos estatales y por comunidades autónomas [Internet]. Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO); 2017. p. 309–88. Available from: http://www.imserso.es/InterPresent1/groups/imserso/documents/binario/112017001_informe-2016-persona.pdf
- Barenys MP. Las residencias de ancianos y su significado sociológico. Pap Rev Sociol. 2016;40:121–35.
- Huesa Andrade M, Pedregal González M, Bohórquez Colombo P, Calvo Gallego J. Diferencias entre pacientes institucionalizados y pacientes en atención domiciliaria en la provincia de Sevilla. Aten Primaria. 2020; 52 (7): 488 -495.
- Huesa Andrade M, Pedregal González M, Bohórquez Colombo P, Calvo Gallego J. Mortalidad y uso de recursos sanitarios en pacientes ancianos en la provincia de Sevilla: diferencias entre pacientes institucionalizados y en atención domiciliaria. Medicina de Familia SEMERGEN. 2021; 47: 106-113. DOI:10.1016/j. semerg.2020.07.004.

Huesa Andrade M¹, Calvo Gallego JL², Pedregal González MA³, Bohórquez Colombo P⁴

¹Médico especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. CS de Ronda Histórica. Sevilla

²Profesor universitario de la Escuela Superior de Ingeniería de la Universidad de Sevilla

³Médico especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Técnico de Salud de la Unidad Docente Medicina Familiar y comunitaria de Huelva. Distrito Sanitario Huelva – Costa. Huelva

⁴Médico especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Directora médica CS de María Auxiliadora. Sevilla

E-mail: macahuesa@gmail.com

CARTAS AL DIRECTOR

Lo esencial en el abordaje multidisciplinar del acoso escolar

Recibido el 26-04-2021; aceptado para publicación el 09-07-2021

Sr. Director:

El bullying es un tipo de violencia en personas de las mismas edades (entre iguales) de forma: verbal, físico, por internet o combinación de éstos.

Los tipos de acoso escolar más frecuentes son: insultar, poner motes y hablar mal de alguien e ignorarle (1).

Los roles implicados en el acoso escolar son: agresor, víctima, animador, ayudante, defensor y espectadores.

El 6% de los escolares españoles sufre acoso escolar sin diferencias entre colegios públicos, concertados o privados. Suele iniciarse en el centro escolar y es más intenso en Educación Primaria. El riesgo de sufrir acoso escolar se multiplica por cuatro en niños de 7-8 años y disminuye progresivamente hasta el bachillerato. El 54% sufre depresión, el 15% ha pensado alguna vez en el suicidio, el 60% de los acosadores acabará cometiendo un delito antes de cumplir 24 años. Sólo se conoce el 20% de los casos, la mayoría detectada es de violencia física (la de tipo psicológico es muy difícil de detectar) (2).

Los factores de riesgo (3) del bullying son de tipo:

-Personal (4): temperamento, sexo, edad;

- Víctimas: debilidad física y/o psicológica, baja autoestima, procedencia de etnias minoritarias, imagen sexista del hombre por encima de la mujer, escasa popularidad en el centro y carencia de amistades.
- Agresores: agresividad, aprendizaje de conductas violentas, falta de autocontrol, actitud

intimidante hacia los compañeros, problemas con las drogas, exposición a programas violentos normalizados en la sociedad, familia del agresor tiende a ser desestructurada, uso de medidas disciplinarias incoherentes, dificultades a nivel económico y/o social, uso de la violencia como método resolutivo de conflictos.

- -Escolar: tamaño del centro y del aula, organización y gestión de la disciplina en el centro; y formación en acoso escolar del profesorado.
- -Familiar: actitud emotiva de los padres hacia el adolescente, métodos de afirmación de la autoridad empleados y clima de convivencia familiar.
- -Social: situación de bienestar del entorno en el que vive el menor y constancia en el tiempo de malas relaciones.

Las consecuencias (5) del bullying van a ser negativas:

- -Víctima: ansiedad y depresión que podrían somatizarse (cefalea, dolor abdominal, enuresis, etc.), baja autoestima, miedo, soledad, aislamiento, tristeza, ideación o intento de suicidio, rabia, vergüenza, disminución del rendimiento escolar (falta de concentración, disminución en el aprendizaje), dificultades de relación con compañeros y familia, estrés postraumático, autoinculpación... Se pueden alargar en el tiempo y seguir presentes incluso en la edad adulta.
- -Agresor: podría convertirse en un sujeto inadaptado, agresivo, antisocial, rebelde, poco empático, incapacidad autocrítica, problemas de autogestión y autocontrol, recurrir a las agresiones en caso de no conseguir sus objetivos, delincuencia,

fracaso escolar y abandono de los estudios, tener adicciones y generalizar dichas conductas a todas sus relaciones personales, provocando que sean problemáticas.

-Espectadores: asimilan que las conductas agresivas son las más eficaces para la resolución de conflictos, más predispuestos a ser agresores, más individualistas, egoístas y apatía para la violencia.

Las principales estrategias (6) son las siguientes:

- 1. Evaluación de las necesidades del centro en materia de acoso escolar, para conseguir una mayor motivación e implicación de los participantes.
- 2. Intervención integral (educativos, sanitarios y sociales):
- Estrategias de colaboración y cooperación entre profesorado, entre profesorado y alumnado y entre profesorado y familia,
- Herramientas que examinen la convivencia del grupo clase y del hogar: sociogramas, escalas de valoración del ambiente social de aula,
- Normas de convivencia en el grupo clase, en el centro y en la familia,
- Charlas, talleres y seminarios sobre acoso escolar,
- Ejercicios de concienciación y sensibilización específicos para prevenir el acoso escolar,
- Protocolos de solicitud de ayuda a los servicios sociales, a la consejería competente en protección de menores y a la Fiscalía de Menores...
- 3. Formación para la convivencia y en competencias docentes socioemocionales:
- Conocimientos teóricos sobre acoso escolar y su tipología presencial y no presencial a través de las redes sociales,
- Conocimiento específico del profesorado de sus funciones en materia de acoso escolar según establece la normativa vigente, mediante:

- -Seminarios, charlas o talleres con personal experto y conocer el uso de medidas preventivas en el grupo clase y en el centro,
- -Desarrollar competencias emocionales (conciencia emocional, regulación emocional, etc.), concienciar y motivar a todas las personas involucradas en el centro educativo y dar importancia al fomento de las relaciones positivas en cada grupo clase para dotar de actitudes positivas y estrategias que le ayuden a lograr el bienestar personal y social que le permita extraer su propio potencial, con el fin de que el alumnado pueda afrontar los acontecimientos de la vida cotidiana y la generación de una "cultura de convivencia",
- -Elaborar programas de prevención de la violencia entre iguales y medidas de actuación en los casos existentes de acoso en los centros educativos,
- -Realizar planes de intervención y prevención que fomentan una buena convivencia en el aula y en el centro, minimizan los conflictos, y promueven conductas de resolución de conflictos a través de: mediación, respeto, diálogo, cooperación y diversidad,
- -Trabajar de forma cooperativa en la comunidad escolar, erradicar o disminuir acoso escolar, favorecer el respeto y diálogo como métodos de resolución, iniciar los programas de prevención en Educación Infantil, para que los programas sean más eficaces y una buena prevención (no desde las edades en las que la problemática se hace más evidente, es decir, en Primaria o Secundaria),
- -Facilitar a las familias información y herramientas para identificar si sus hijos están sufriendo situaciones de acoso o si las están generando,
- -Solicitar ayuda de instituciones públicas y privadas que posean herramientas y programas,
- -Conseguir un buen clima en los colegios: realizar actividades donde todos los alumnos estén involucrados (grupos mixtos en edades y género) y actividades de convivencia (salidas a espacios naturales o actividades de ocio),

- -Formación al profesorado: círculos, ayuda entre iguales, dramatización o role-playing, reuniones entre padres, profesorado y alumnado, programas de formación, día de no violencia y paz, aprendizaje cooperativo como metodología de trabajo.
- * Concretamente, en Andalucía, los centros educativos desarrollan acciones preventivas y proactivas, para la mejora de la convivencia ante posibles situaciones de acoso escolar o cualquier otro tipo de violencia escolar como la mediación escolar, los programas de alumnado ayudante y ciberayudante, la Red Andaluza de Escuela: Espacio de Paz, la incorporación de programas de educación emocional y de habilidades sociales, los compromisos de convivencia y la figura de los delegados de madres y padres como medidas eficaces. Además, se ha desarrollado el programa ConRed Andalucía, desarrollado por el Laboratorio de Estudios sobre Convivencia y Prevención de la Violencia (LAECOVI https://www.laecovi.com/), con sede en la Universidad de Córdoba. Este programa promueve actuaciones de formación y sensibilización de la comunidad educativa, de detección temprana e intervención ante situaciones de acoso escolar y ciberacoso (7)
- 4. Organización y funcionamiento del centro: vigilancia de lugares de riesgo, generar denuncia anónima (buzón), trabajo coordinado con otros profesionales (equipos de orientación especializados, sanidad, justicia y servicios sociales), acciones que impliquen a todos los miembros de la comunidad educativa (profesorado, familias y alumnado) para abordar la problemática de forma global y comunitaria.

BIBLIOGRAFÍA

- Rubio Hernández FJ, Díaz López A, Cerezo Ramírez F. Bullying y cyberbullying. Revista electrónica interuniversitaria de formación del profesorado. 2019; 22(1):145-157.
- Pérez Carbonell A, Ramos Santana G, Serrano Sobrino M. Acciones de prevención en acoso escolar utilizadas por docentes de Educación Secundaria Obligatoria. Contextos educativos: Revista de educación. 2017;163-179. Disponible en: https://doi.org/10.18172/con.2954.
- Consejería de Educación Juventud y Deporte. Guía de actuación contra el acoso escolar en los centros educativos. Madrid: Subdirección General de Inspección Educativa. 2017.
- Fernández Fernández A. La prevención e intervención sobre el acoso escolar en el ámbito español [Trabajo de Fin de Grado de Educación Primaria]. Universidad de Cantabria. 2019. Disponible en: http://hdl.handle. net/10902/17339
- Monzó Hervás R, Calero Valencia S, Górriz Plumed AB. Protocolo de actuación ante casos de acoso escolar: una propuesta de intervención integral. Agora de salut. 2018;37(5):337-346.
- Vega Osés MA, Peñalva Vélez A. Los protocolos de actuación ante el acoso escolar y el ciberacoso en España. IJNE. 2018;1(1):51-76.
- Casas Bolaños JA. Convivencia escolar: Programa de prevención del acoso escolar y ciberacoso. Andalucía CONRED. Consejería de Educación y Deporte de la Junta de Andalucía. 2020. [30-04-2021] Disponible en: https://www.juntadeandalucia.es/educacion/portals/ web/convivencia-escolar/contenidos/-/contenidos/detalle/ programa-conred

Cañadas Ruiz GF¹, Baudet Moreno M², Ortega Vera S³, Juárez Jiménez MV⁴

¹Maestro de Educación Primaria. Colegio Pablo Freire. El Ejido (Almería)

²Maestra de Educación Primaria. Colegio CEPER Almanjáyar-Cartuja. Granada

³Enfermera Atención Primaria. Centro de Salud de Porcuna (Jaén) ⁴Médico de familia. Centro de Salud de Porcuna (Jaén)

E-mail: gfcanqdas@hotmail.com

CARTAS AL DIRECTOR

Riesgo de suicidio en épocas de COVID-19, una mirada desde la atención primaria de Colombia

Recibido el 27-05-2021; aceptado para publicación el 24-06-2021

Sr. Director:

En diciembre de 2019 en Wuhan, China, se reportó al mundo la existencia de un nuevo virus respiratorio denominado SARS-CoV-2, con un alto impacto global en salud pública y declarado como pandemia el 11 de marzo de 2020 por parte de la Organización Mundial de la Salud (OMS) 1,2,3,4. Ante este escenario se han establecido diferentes políticas encaminadas a restringir el contacto social, con sus esperadas consecuencias en todas las esferas biopsicosociales; efecto cuyos antecedentes históricos han demostrado perpetuarse en el tiempo por muchos años, incluso después de controlar los brotes 3.

A lo largo de la historia los brotes infecciosos se han vinculado con patología mental y una notable elevación de la tasa de suicidios, tal es el caso de la gripe española o el brote asociado al Síndrome Respiratorio Agudo Severo (SARS) en Hong Kong en el año 2003; en este último especialmente en personas mayores de 65 años 3. En la actualidad desde el inicio de la pandemia y gracias a las medidas de restricción impuestas, el temor a infectarse y las consecuencias socioeconómicas desfavorecedoras, se ha reportado un aumento a nivel global de sentimientos de miedo, pánico, incertidumbre y estrés. Además de un incremento de afectaciones psicológicas y descompensación o reagudización de problemas psiquiátricos preexistentes, factores que en conjunto contribuyen una causa creciente de mortalidad en la población: el suicidio 1,2,3,4.

Varios estudios evidencian la repercusión psicológica asociada a esta crisis sanitaria. Wang y colaboradores informaron del impacto psicológico en las etapas iniciales de la pandemia en China mediante una encuesta (n=1210), y revelaron que el 53.8 % de los encuestados presentaban un compromiso psicológico de moderado a severo; en este

país, otra encuesta de mayor magnitud (n=52.730) reveló que al menos el 35 % de los participantes referían angustia psicológica. En Estados Unidos la afectación negativa en la salud mental por preocupación y estrés se reportó en el 45 % de los adultos durante la pandemia. Otros autores como Xiao y colaboradores han enfatizado sobre el aumento de la ansiedad y el estrés en individuos sometidos a aislamiento social con la consiguiente reducción de la calidad del sueño 4. Por otra parte, se ha reportado una mayor tasa de pensamientos autolesivos especialmente en personal sanitario de primera línea expuestos a un mayor riesgo de infección, o en aquellos que ya se infectaron. Los datos son claros y han evidenciado la asociación entre la pandemia y síntomas emocionales negativos como angustia, ansiedad, miedo, depresión e insomnio ^{2,3,4}.

Desde un punto de vista biológico y con un enfoque específico hacia los pacientes con COVID-19 se ha planteado que los efectos deletéreos a nivel mental se explican por la capacidad del virus de atravesar la barrera hematoencefálica, aunado a la tormenta de citoquinas proinflamatorias derivadas de la respuesta inmune al proceso infeccioso, dentro de las cuales destaca la interleuquina-6 (IL-6), cuyos niveles elevados han sido reportados en el líquido cefalorraquídeo (LCR) de personas con intento suicida documentado; postulando esta reacción como una posible teoría que explica el comportamiento suicida en esta población, lo cual amerita una investigación más amplia y profunda ^{2,3}.

Si bien nos enfrentamos a un aumento de patologías mentales y sus consecuencias en muchos casos irreversibles, debemos considerar el hecho de que existe la tendencia a evitar consultar centros de prestación de servicios en salud por miedo a un mayor riesgo de contagio u otras razones propias de la intoxicación digital con información errónea

y de baja calidad, constituyendo así una barrera para el acceso a la atención médica que permita una prevención y detección oportuna ².

En este contexto se hace urgente emprender estrategias encaminadas a proteger la salud mental, a través de la prevención, detección, tratamiento y seguimiento no solo de desórdenes mentales prevalentes ya instaurados como la depresión y la ansiedad, sino también, de las situaciones emocionales y sociales desencadenantes como angustia, pensamientos suicidas, sensación de soledad, abuso de sustancias, violencia física y psicológica, desinformación y la crisis económica, entre otros³. En la **tabla 1** se resumen las intervenciones específicas propuestas para cada uno de estos escenarios.

En efecto, los enfoques preventivos contra enfermedades psicológicas y psiquiátricas son de vital importancia y deben contar con un planteamiento universal dirigido a la población general, así como un enfoque selectivo para los grupos con mayor riesgo de suicidio en los que destacan aquellos pacientes con trastornos psiquiátricos previos, población con síntomas de angustia emocional, sobrevivientes de COVID-19, personal sanitario de primera línea, personas mayores y personas con intentos suicidas recurrentes; Esto de la mano de profesionales capaces de identificar

Tabla 1. Intervenciones específicas de prevención contra factores y situaciones de riesgo contra el suicidio

FACTORES DE RIESGO	INTERVENCIONES ESPECÍFICAS	
Angustia psicológica	Telemedicina en campos de psiquiatría, psicología, evitar el acceso a redes sociales, disponibilidad de líneas de emergencia 24 horas. Grupos de apoyo	
Sensación de soledad por aislamiento social	Acceso a conectividad digital, grupos de soporte comunitario, seguimiento de carencias en viviendas, sesiones de apoyo a salud mental de forma periódica.	
Desinformación	Difusión de información avalada por fuentes internacionales reconocidas a través de medios impresos y digitales debidamente supervisados, espacios de información presencial y digital por parte de proveedores de atención primaria en salud, colaboración entre sector salud y medios de comunicación	
Crisis económica	Medidas financieras de contingencia por medio de fondos para desempleados que garanticen acceso a vivienda, alimentación y servicios básicos de salud. Propendiendo a la integración laboral en el menor plazo posible.	
Abuso de sustancias	Telemedicina en campos de psiquiatría, psicología, psicoterapia, grupos de apoyo, políticas de consumo seguro.	
Violencia / abuso doméstico	Líneas de atención disponibles 24 horas y al alcance para poblaciones vulnerables como mujeres, niños y ancianos. Opciones de refugio seguro.	
Desórdenes mentales	Telemedicina en campos de psiquiatría, psicología, psicoterapia, disponibilidad y oportunidad de acceso a medicamentos, educación en primeros auxilios psicológicos.	
Pensamiento suicida	Capacitación para familiares en primeros auxilios psicológicos, intervenciones oportunas por profesionales en líneas, recursos digitales que permitan intervenciones por familiares en conjunto con acompañamiento vía telefónica o chat con profesionales en áreas de la salud.	

dichas poblaciones vulnerables e intervenirlas tempranamente con el fin de evitar desenlaces fatales ^{2,3,4}.

Desde este punto, es necesario mencionar la posición crítica del personal sanitario de primera línea como una población de alto riesgo, puesto que han sido llevados a ser la columna vertebral en la lucha contra el COVID-19, exponiéndose a una mayor carga laboral, estrés crónico, miedo a contagiarse o contagiar a sus seres queridos y aislamiento obligatorio, factores que contribuyen al desarrollo de depresión, frustración y eventualmente suicidio ^{2,3}.

En definitiva, es claro que debemos poner a disposición todas las herramientas tecnológicas y recursos humanos en aras de proteger y mejorar la salud mental y así combatir una crisis a nivel global que día a día se cronifica y no solo cobra víctimas letales, sino que además afecta el adecuado desarrollo biopsicosocial de quienes lo padecen, con consecuencias directas en la construcción individual y colectiva de nuestra sociedad.

El presente trabajo ha sido autofinanciado por los autores. Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

- Kahil K, Cheaito MA, El Hayek R, Nofal M, El Halabi S, Kudva KG, et al. Suicide during COVID-19 and other major international respiratory outbreaks: A systematic review. Asian J Psychiatr. 2021;56(102509):102509. Doi: 10.1016/j.ajp.2020.102509
- Gunnell D, Appleby L, Arensman E, Hawton K, John A, Kapur N, et al. Suicide risk and prevention during the COVID-19 pandemic. Lancet Psychiatry. 2020;7(6):468–71. Doi: 10.1016/S2215-0366(20)30171-1
- Banerjee D, Kosagisharaf JR, Sathyanarayana Rao TS. "The dual pandemic" of suicide and COVID-19: A biopsychosocial narrative of risks and prevention. Psychiatry Res. 2021;295(113577):113577. Doi: 10.1016/j. psychres.2020.113577
- Sher L. The impact of the COVID-19 pandemic on suicide rates. QJM. 2020;113(10):707–12. Doi: 10.1093/qjmed/ hcaa202

Tascón-Hernández JD¹, Orozco-Muñoz JS¹, Muñoz-Noguera M¹, Pabon-Cifuentes JR¹

¹Grupo de Investigación Salud, Familia y Sociedad. Departamento de Medicina Social y Salud Familiar, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad del Cauca. Popayán, Cauca, Colombia

E-mail: jorgetascon@unicauca.edu.co

PUBLICACIONES DE INTERÉS / ALERTA BIBLIOGRÁFICA

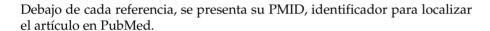
(A partir del 1 de marzo de 2014)

Manteca González A

Médico de Familia

Los artículos publicados desde marzo de 2014, clasificados por MESES/RE-VISTAS, mensualmente aparecen en la web de SAMFyC (en la sección alerta bibliográfica). También en la cuenta de twitter de la Revista http://twitter.com/@RevistaMFSamfyc

La recopilación se extrae de la consulta a las revistas que aparecen en la sección correspondiente del número 0 de la revista.









Micropíldora de conocimiento @pontealdiaAP

Grupo de Trabajo Nuevas tecnologías de SAMFyC (eSAMFyC)

@pontealdiaAP consiste, básicamente, en ofrecer una actualización online permanente, rápida y eficaz en relación con la medicina de familia, en forma de mensaje corto, concreto.

Para ello, miembros de eSAMFyC revisamos diariamente lo que publican en twitter 47 organizaciones, grupos de trabajo y profesionales relevantes, consensuados periódicamente, en nuestro ámbito de conocimiento. A continuación se selecciona y concreta la información e incluye el vínculo para acceder de forma directa a la publicación completa. A destacar el código TEA: T Tiempo Lectura (0 Poco Mucho 2) E Evidencia (0 Poca 2 alta) A Aplicabilidad en consulta (0 Poca Inmediata 2).



Puedes ayudarnos a mejorar con tus sugerencias a través de esamfyc@gmail.com

DE INTERÉS

ACTIVIDADES CIENTÍFICAS

SAMFyC

· 5^{as} Jornadas Andaluzas de Ecografía en MF. SAMFyC

http://www.jornadasecografiasamfyc.com/ Secretaría técnica: ACM

Apdo. de Correos 536, Granada

andaluzacongresosmedicos@andaluzacongresosmedicos.com

Telf. / Fax. 958 523 299

· 28 Congreso Andaluz de MFyC. SAMFyC

http://www.congresosamfyc.com/

Secretaría técnica: ACM

Apdo. de Correos 536, Granada

andaluzacongresosmedicos@andaluzacongresosmedicos.com

Telf. / Fax. 958 523 299

· 5as Jornadas Andaluzas para Residentes y Tutores de MFyC. SAMFyC

Secretaría SAMFyC Telf. 958 80 42 01

Agenda semFYC

https://www.semfyc.es/actividad/actividades-semfyc/

Secretaría técnica: congresos y ediciones semFYC congresos@semfyc.es Carrer del Pi, 11, pl. 2ª, Of. 13. 08002 Barcelona Telf. 93 317 71 29 / Fax 93 318 69 02

Formación semFYC

https://www.semfyc.es/formacion-semfyc/

INFORMACIÓN PARA LOS AUTORES

Para una información detallada pueden consultar:

- 1.—Página Web de la revista: http://www.samfyc.es/publicaciones-samfyc/revista-samfyc/
- 2.—Medicina Clínica. Manual de estilo. Barcelona: Doyma; 1993.
- 3.—Requisitos de uniformidad para manuscritos presentados para publicación en revistas biomédicas. Med fam Andal. 2000; 1: 104-110.

SOLICITUD DE COLABORACIÓN:

Apreciado/a amigo/a:

Con éste son ya sesenta los números editados de Medicina de Familia. Andalucía.

Te rogamos nos hagas llegar, de la manera que te sea más cómoda, cualquier sugerencia que, a tu juicio, nos sirva para mejorar ésta tu publicación.

Si estás interesado en participar —en cualquier forma— (corrector, sección «Publicaciones de interés/ Alerta bibliográfica», o cualquier otra), te rogamos nos lo hagas saber con indicación de tu correo electrónico.

Asimismo, quedamos a la espera de recibir tus «Originales», así como cualquier otro tipo de artículo para el resto de las secciones de la Revista.

A la espera de tus aportaciones, recibe un muy cordial saludo:

EL CONSEJO DE REDACCIÓN Revista Medicina de Familia. Andalucía C/ Arriola, núm. 4 - Bajo D - 18001 (Granada)

INFORMACIÓN PARA LOS SOCIOS

SOCIO, te rogamos comuniques cualquier cambio de domicilio u otros datos de contacto a la mayor brevedad. Puedes hacerlo a través de los siguientes canales:

- Por correo electrónico a sociocentinela@samfyc.es (asunto: actualización datos)
- A través de la web de SAMFyC: https://www.samfyc.es/actualizacion-de-datos/
- Por teléfono, llamando al 958 80 42 01

INFORMACIÓN PARA EL LECTOR

Quieres hacerte socio SAMFyC, y por ende semFYC; puedes hacerlo a través de la web https://www.samfyc.es/hazte-socio/ o llamando al 958 80 42 01.



Actualización en Urgencias para el Médico de Familia

Última publicación de la Sociedad Andaluza de MFyC

Actualización en urgencias para el médico de familia

Obra novedosa de más de 1800 páginas que nace con doble finalidad. En los tres volúmenes que la componen se recoge el temario oficial para acceder a la oposición como médicos de familia de urgencias hospitalarias o extrahospitalarias en Andalucía, y también es una obra de acceso rápido para la clínica de urgencias. Su adquisición podrá ser conjunta o individual (Volumen 1: Legislación y Administración Sanitaria / Volúmenes 2 y 3: Clínica I y II)

Actualización en urgencias para el médico de familia



➤ ¿Quieres unos manuales precisos y ágiles que acompañen tu estudio? Contenidos concisos con un cuadro resumen al final de cada capítulo que facilitará el estudio.

▲ ¿Eres de otra especialidad y no encuentras el temario común solamente? Aquí lo tienes de forma individual en el Volumen 1.





Visita nuestra web para más información y pedidos

www.samfyc.es

